



**VISIÓN INTEGRAL DE LOS YANOMAMI ACERCA DE LA MALARIA,
ALTO ORINOCO, ESTADO AMAZONAS, VENEZUELA. 2007-2010**

AUTOR:

Lisbeth Coromoto Loaiza Borges

Madrid, Octubre 2010



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL
E INTERVENCIÓN EN CRISIS
TESIS DOCTORAL



**VISIÓN INTEGRAL DE LOS YANOMAMI ACERCA DE LA MALARIA,
ALTO ORINOCO, ESTADO AMAZONAS, VENEZUELA. 2007-2010**

AUTOR:

Lisbeth C. Loaiza Borges
C.I: 5.388.30

DIRECTOR DE TESIS

José María Poveda de Agustín

Madrid, Octubre 2010



JOSÉ MARIA POVEDA DE AGUSTIN, Profesor del Departamento de
Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

CERTIFICO

Que Doña LISBETH COROMOTO LOAIZA BORGES, ha realizado bajo mi
dirección, el trabajo **÷VISIÓN INTEGRAL DE LOS YANOMAMI ACERCA
DE LA MALARIA, ALTO ORINOCO, ESTADO AMAZONAS,
VENEZUELA. 2007-2010ö**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesario.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Prof. Dr. JOSÉ MARIA POVEDA DE AGUSTIN

Madrid, Septiembre 2010



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[**Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features**](#)



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DEDICATORIA

*A quienes me dieron la vidaí
Y siempre han dado la vida por mí:
Mamá Yayi y El Abuelo, mis padres*

AGRADECIMIENTO

A Dios Todo Poderoso por permitirme dar lo mejor de mí a Venezuela, a mi familia y a mis estudiantes.

A las comunidades Yanomami de toda la Amazonia, que con su visión de la vida, hacen reflexionar y replantearse la existencia, de quienes tenemos la dicha de conocerlas.

A mi director de tesis, maestro y amigo incondicional, quien ha dado pruebas fehacientes para que cada uno de los Doctorandos alcance la meta anhelada con perseverancia y sabiduría, y en especial de quienes hemos sido tutorados por él: *Gracias Prof. José María Poveda.*

A las autoridades, de la Universidad Autónoma de Madrid y de la Universidad de Carabobo, por la firma y ejecución de los convenios marco y específicos que permitieron la implementación del Doctorado.

A mi familia y amigos, por su incondicional apoyo, y demás muestras de amor.

A Doña Matilde Domínguez de López, por su ilimitado apoyo al Doctorado.

A todos los docentes, estudiantes y personal administrativo del Proyecto *Todos por la Vida*, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, quienes me brindaron la oportunidad de conocer y enamorarme de esa tierra mágica *Amazonas y su gente* . haciendo posible esta investigación, a ustedes mi respeto, admiración y eterno agradecimiento.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DEDICATORIA	Pág. v
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE DE CUADROS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
 INTRODUCCIÓN	 1
 CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.	
Planteamiento del Problema	8
Objetivos de la Investigación	12
<i>Objetivo General</i>	12
<i>Objetivos Específicos</i>	12
Justificación	13
Limitaciones	14
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	
Antecedentes de la Investigación	16
Bases Teóricas	19
<i>Origen de los Yanomami y su contacto con la civilización</i>	19
<i>La Malaria</i>	22
<i>Estructura Social de la etnia Yanomami</i>	27
<i>Salud y Enfermedad en el pueblo Yanomami</i>	38
<i>El Chamanismo</i>	44
<i>Enfoque Integral de Wilber</i>	53
Definición de Términos	56
Hipótesis General	56
Operacionalización de Variables	57
 CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.	
Consideraciones éticas	58
Nivel de Investigación	58
Diseño de la Investigación	59
Población y Muestra	59
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	60
Técnicas de Análisis Estadístico	60
 CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	
Presentación de los Resultados	62
Análisis e Interpretación de los Resultados	62
 CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	 87

 **PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.

Pág.
99

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

101

ANEXOS: A.- ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA

108

B.- ENTREVISTA

111

C.- ESTADÍSTICAS DE MALARIA (CAICET)

113

Cuadro		Pág.
1	Distribución Porcentual de las Respuestas de los individuos según el sector comunitario . Comunidades Indígenas Yanomami del Alto Orinoco, Amazonas, Venezuela. 2007-2010.	64
2	Reconocimiento de la Malaria como una enfermedad (shawara) . Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010.	72
3	Intervención de los espíritus en individuos en la evolución de la Malaria . Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007.	73

INDICE DE FIGURAS

Figura		Pág.
1	Ubicación geográfica del área en estudio.	7
2	Mapa hidrográfico de Sur América.	20
3	Áreas geográficas ocupadas por la etnia Yanomami en Venezuela. Estados Bolívar y Amazonas.	27
4	Shapono: Vista Aérea e Interna.	31
5	Yanomami pescando.	32
6	Yanomami hembra adornada con flores.	34
7	Los Cuatro Cuadrantes de Wilber adaptada para la Malaria en Yanomami.	54
8	Aviones Militares para el traslado	62
9	Integrantes del <i>Proyecto Todos por la Vida</i>	62
10	Ubicación Geográfica de los Sectores en estudio	63
11	Distribución Porcentual de las Respuestas de los individuos según el sector comunitario . Comunidades Indígenas Yanomami del Alto Orinoco, Amazonas. Venezuela. 2007-2010.	64
12	Distribución Porcentual según Género de las Comunidades Indígenas Yanomami Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007- 2010.	65
13	Distribución Porcentual según la Edad de las Comunidades Indígenas Yanomami. Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010.	66
14	Distribución Porcentual sobre el Reconocimiento de la Malaria como enfermedad shawara . Comunidades Yanomami. Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010.	67
15	Distribución Porcentual sobre el Conocimiento de la transmisión de la Malaria en comunidades Yanomami. Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010.	68

Figura		Pág.
16	Distribución Porcentual sobre el Uso del Mosquitero en la prevención de la Malaria por la etnia Yanomami. Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010.	69
17	Distribución Porcentual sobre la Búsqueda y cumplimiento del tratamiento anti-malárico . Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010.	70
18	Distribución Porcentual sobre la Intervención del médico y del chamán ante la presencia de Malaria . Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010.	71
19	Resultados según la perspectiva de Wilber.	74
20	Visión del Pueblo Yanomami de la Vida.	95

Visión Integral de los Yanomami acerca de la Malaria, Alto Orinoco, Estado Amazonas, Venezuela. 2007-2010

Autor: Lisbeth Loaiza Borges

Director: Dr. José María Poveda

RESUMEN

Los Yanomami, encontrándose distribuidos entre Brasil y Venezuela es la etnia más estudiada. A pesar de encontrarse ocupando áreas endémicas de Malaria, han sido muy pocos los estudios que tomen en consideración su visión, planteándonos realizarlo a través de los Cuatro Cuadrantes de Wilber. **Objetivo general:** Conocer la visión integral de los indígenas acerca de la malaria en comunidades Yanomami, según su ubicación geográfica en el Alto Orinoco, Venezuela. **Metodología:** Se planteó una investigación de tipo descriptiva y transversal, con un diseño no experimental de campo; utilizándose como técnica de recolección de datos, la entrevista a los chamanes y jefes de grupo según los sectores Ocamo, Mavaca y Mavaquita, y como instrumento se utilizó la encuesta epidemiológica aplicada a 257 Yanomamis. **Resultados:** De 452 individuos censados, 257 resultaron ser mayores de 19 años y fueron encuestados; la mayoría fueron femeninos con edades entre 19 y 44 años de edad. En relación a la transmisión de la Malaria, prevención por el uso de mosquitero y el uso del tratamiento, en las comunidades de de Ocamo y Mavaca, centros cercanos a poblados y con atención en salud, se observó su aceptación y utilización, con menor porcentaje en Mavaquita. En relación a los entrevistados siete jefes de grupo y siete chamanes consideran a la Malaria una enfermedad o shawara, observándose igual respuesta que el grupo en relación a la transmisión, prevención y tratamiento antimalárico. Los entrevistados de los tres sectores consideran que los espíritus intervienen en la evolución de la enfermedad e igualmente la recuperación del noreshi. **Conclusión:** la visión actual de los Yanomami acerca de la Malaria, su transmisión y prevención; estudiada a través del Enfoque Holónico de Ken Wilber, varía dependiendo de su cercanía con los centros poblados y contacto con otras culturas.

Palabras clave: Malaria, Yanomami, Cuatro Cuadrantes, Ken Wilber, Amazonas.

Línea de Investigación: Patología Existencial. Salud y Condiciones de Vida

Comprehensive vision of the Yanomami of malaria, high Orinoco, State Amazonas, Venezuela

Author: Lisbeth Loaiza Borges

Director: Dr. José María Poveda

ABSTRACT

The Yanomami, finding distributed between Brazil and Venezuela is the most studied ethnicity. Despite found occupying endemic malaria, areas have been very few studies that take into consideration their vision, considering we make it through the four quadrants of Wilber. **General objective:** get comprehensive vision of the natives of malaria in Yanomami, communities according to their geographic location in the upper Orinoco, Venezuela. **Methodology:** Be raised type descriptive and transverse, non-experimental design of field research; to be used as data collection technique, shamans and leaders of group according to the Ocamo, Mavaca and Mavaquita sectors, and as an instrument interview was used the epidemiological inquiry applied to 257 Yanomami. **Results:** From 452 individuals surveyed, 257 proved to be older than 19 years and were surveyed; most were female aged 19 to 44 years of age. In relation to the transmission of malaria, prevention of bednet use and treatment, use in communities of of Ocamo Mavaca, nearby villages and health care centres noting its acceptance and use, with lowest percentage in Mavaquita. On the interviewed seven heads of seven shamans and Group considered malaria illness or shawara, noting same response group in relation to the transmission, prevention and treatment who. Respondents from all three sectors considered that spirits are involved in the evolution of the disease and also the noreshi recovery. **Conclusion:** the current view of the Yanomami of malaria, transmission and prevention; studied from Ken Wilber Holónico approach, varies depending on its proximity to the towns and contact with other cultures.

Keywords: Yanomami, Ken Wilber, malaria, Amazon and the four quadrants.

Line of research: existential pathology. Health and living conditions

INTRODUCCIÓN

El Paludismo o Malaria es un problema mundial grave que afecta de forma inaceptable la salud y el bienestar económico de las comunidades más pobres del mundo. Aproximadamente la mitad de la población mundial corre el riesgo de contraer el paludismo, estimándose 243 millones de casos en el año 2008, causando aproximadamente 863 000 muertes, de las cuales, 767 000 (89%) ocurrieron en África y afectando sobre todo a los menores de cinco años de edad (1,2).

Este elevado porcentaje de casos de defunción por paludismo en África, se debe que aproximadamente el 66% de la población vive en situación de riesgo. En una proporción muy diferente, en Asia (incluida Europa del Este) se registran menos del 15% del total mundial de defunciones por paludismo, aunque se considera que un 49% de la población vive en situación de riesgo. Un 14% de la población de las Américas vive en situación de riesgo, pero la parte de defunciones de esta región en el total mundial es mínima (3).

Hay dos explicaciones de estas cifras de incidencia particular del paludismo en África, que son la ecología de las regiones afectadas, que favorecen la reproducción del mosquito vector transmisor *Anopheles* y la especie del parásito *Plasmodium* que circula. Por otra parte, la pobreza y la falta de una atención de salud eficaz han impedido las acciones de lucha contra la enfermedad y tratamiento que están dando resultados visibles en otros lugares (3).

Ante la situación presentada en el Informe sobre el Paludismo en el Mundo 2005; la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Mundial lanzaron la iniciativa *Hacer retroceder el paludismo* (RBM), a fin cumplir con la meta de reducir a la mitad la mortalidad por paludismo para 2010 y nuevamente para 2015 (3).

medicamentos ha sido una de las principales dificultades en la lucha contra el paludismo, otra prioridad es crear nuevas pruebas de diagnóstico, más económicas y fáciles de utilizar, para garantizar que sólo se recurra a los centros de salud, cuando es realmente necesario. Por lo que las investigaciones se deben centrar en la farmacorresistencia, el estudio de la ecología de los mosquitos y su capacidad para desarrollar resistencia a nuevos insecticidas, así como también la posibilidad de una vacuna antipalúdica (3).

Las muertes por malaria notificadas por los establecimientos de salud han disminuido un 66%, para el año 2009, lo cual, unido a otros datos confirmatorios, señala que particularmente Zambia ha alcanzado la meta de *Hacer Retroceder el Paludismo*, fijada para 2010, que consiste en que la mortalidad por dicha enfermedad disminuya en más del 50% respecto del año 2000 (4).

En la Región de las Américas, hay transmisión de paludismo en 9 países que comparten la selva amazónica, y en 8 países de América Central y el Caribe. Casi 142 millones de personas, o sea 16% de la población de las Américas, corren riesgo y 40 millones corren un riesgo de moderado a alto. Aproximadamente un millón de personas al año contraen malaria en las Américas, por lo que continúa siendo un importante problema de salud pública en 21 países de la Región, ya que donde no se transmite la malaria, siguen corriendo el riesgo de brotes y reintroducción de la transmisión local (5).

Los desplazamientos de población asociados a la explotación de minas de oro y bosques han provocado epidemias aisladas (5). Todos los países afectados recurren al rociamiento de acción residual y/o la aplicación de larvicidas en zonas de riesgo focalizadas. Las estrategias de control de 9 países incluyen la distribución de medicamentos antimaláricos, teniendo en cuenta la resistencia demostrada a la cloroquina, 8 de los 9 países amazónicos han modificado recientemente sus políticas farmacéuticas para tratar la malaria por la especie *falciparum* (3).

Sin embargo, la cloroquina sigue siendo eficaz para el tratamiento y la profilaxis contra la malaria por *Plasmodium falciparum* en Centroamérica y norte

lica Dominicana y Haití, y para el tratamiento de la malaria por *Plasmodium vivax* en la mayor parte de la región. Un programa de *tratamiento focalizado*, que consiste en un tratamiento más eficaz y rociamiento de acción residual en determinadas zonas ha logrado interrumpir la transmisión del paludismo en la mayor parte de México, y los costos se han controlado utilizando racionalmente los insecticidas (3).

Alrededor de 50 millones de indígenas viven en las Américas y en algunos países constituyen la población mayoritaria. Generalmente son los más desfavorecidos, con los niveles de educación más bajos, y de desempleo más altos, y con las peores condiciones de salud ô tienen las tasas más elevadas de mortalidad materno-infantil, desnutrición y enfermedades infecciosasô en comparación con el resto de la población nacional. En algunos países, las cifras relativas al alcoholismo, el suicidio, el consumo de sustancias ilícitas y las enfermedades de transmisión sexual son notoriamente más altas entre las poblaciones indígenas. Su mala condición de salud se complica con la discriminación y desigualdad que los sistemas de salud ejercen sobre ellos (6).

La Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA) se refiere a la red organizada en 2001 por Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam, y Venezuela, en colaboración con la OPS, como respuesta al reto de la resistencia a los antimaláricos en la región amazónica. De acuerdo con los logros ya cumplidos, RAVREDA hizo alianzas con instituciones internacionales y organizaciones locales en los países para lograr sus metas, las cuales se expandieron para incluir los diversos componentes del Plan Estratégico Regional para Malaria en las Américas 2006ó2010, alineado con las estrategias y metas nacionales y mundiales. La Guayana francesa está ahora asociada con la Red como observador, mientras que se están haciendo esfuerzos para vincular a México y los países de Centroamérica (7).

Igualmente, la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía (Amazon Malaria Initiative / AMI) es la Iniciativa lanzada en 2001 por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Oficina de Enfermedades

y el Caribe (USAID/LAC), como mecanismo para focalizar sus recursos financieros y técnicos para apoyar la Alianza Hacer Retroceder la Malaria (Roll Back Malaria Partnership) en América Latina, con fuerte énfasis en la importancia de promover la coordinación de esfuerzos entre todos los miembros de la Alianza en la Región (7).

Venezuela logró hacer una incorporación de los pueblos indígenas en materia de consulta pública sobre todos los temas que tienen que ver con la salud de estas comunidades en el seno de la Organización Panamericana de la Salud. Además de ello, tuvo acogida dentro del Consejo Directivo, la capacitación de algunas personas de los grupos indígenas para formar parte del equipo de salud y la inclusión del tema de la interculturalidad en todas las etapas de la formación académica en aquellas carreras afines a la salud (8).

La resolución aprobada por los Ministros de Salud de la Región, contempla que la diversidad cultural en la Región de las Américas, la cual se encuentra determinada por la presencia de aproximadamente 45 millones de indígenas que pertenecen a más de 400 grupos étnicos diferentes distribuidos en 24 países (8).

A pesar de que las tasas de mortalidad promedio en toda la Región han disminuido en los últimos años, los indicadores de salud para los pueblos indígenas demuestran que se deben adoptar medidas urgentes. En comparación con las comunidades no indígenas, la mayor parte de las comunidades indígenas adolecen de analfabetismo y de los niveles más altos de pobreza y desempleo, y de una falta de acceso a los servicios básicos de salud (8).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha apoyado diversas intervenciones con respecto a la salud de los pueblos indígenas, el logro de la equidad en torno a la salud todavía se encuentra pendiente para la mayoría de los pueblos indígenas de las Américas, el establecimiento de una estrategia para promover y proteger la salud de los pueblos indígenas resulta vital (6).

Venezuela, país tropical, destacó el hecho que en el año 2000, se produjo un aumento de 38% de la incidencia de la malaria en comparación con el año

Los identificados fueron la migración intensa en las zonas mineras, la presencia evidente de cepas de *P. falciparum* con sensibilidad reducida a los medicamentos de primera línea, la falta de superficies apropiadas para uso de insecticidas en zonas mineras y los problemas administrativos asociados con la descentralización del programa contra la malaria (9).

La población indígena venezolana representa el 2.3% del total (532.743 habitantes), distribuidos en aproximadamente 36 grupos étnicos que habitan en diez estados diferentes (10). Las enfermedades que prevalecen en estas poblaciones son tuberculosis, la malaria, hepatitis, parasitosis intestinales, malnutrición, oncocercosis enfermedades respiratorias y digestivas. El Centro Amazónico de investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET) reporta que la incidencia de tuberculosis en las comunidades Yanomamis del Alto Orinoco es diez veces más alta que las poblaciones no indígenas. En los estados de Amazonas y Bolívar, las cuatro principales causas de muerte en grupos indígenas, son paludismo (40.1% de mortalidad reportada), malnutrición, Hepatitis B e infecciones intestinales (gastroenteritis, disentería amebiana y helmintiasis). Por otra parte, las poblaciones indígenas, en particular los Yanomami y Añú, son altamente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual por sus contactos con mineros y turistas (11).

En el estado Amazonas, un grupo de investigadores del CAICET, demostró in vitro la resistencia de la especie *falciparum* a medicamentos como cloroquina, amodiaquina y sulfadoxina/pyrimetamina; pero sensibles a la mefloquina; por lo que se procedió a cambiar el esquema de tratamiento en estas comunidades indígenas, lográndose la disminución de los casos de esta enfermedad ocasionada por el agente parasitario *P. falciparum* en el Amazonas venezolano, al pasar de 2.193 casos en el año 2003, a un total de 727 casos en el año 2009 (semana 49), lo que representa un 67% menos de casos de malaria a *P. falciparum* en la región (11).

A pesar que la población indígena venezolana representa solo un 2.3% de sus habitantes, que en el estado Amazonas solo viven 38.258 habitantes dispersos 177.00 Km², por lo que se decidió realizar esta investigación, en el Municipio

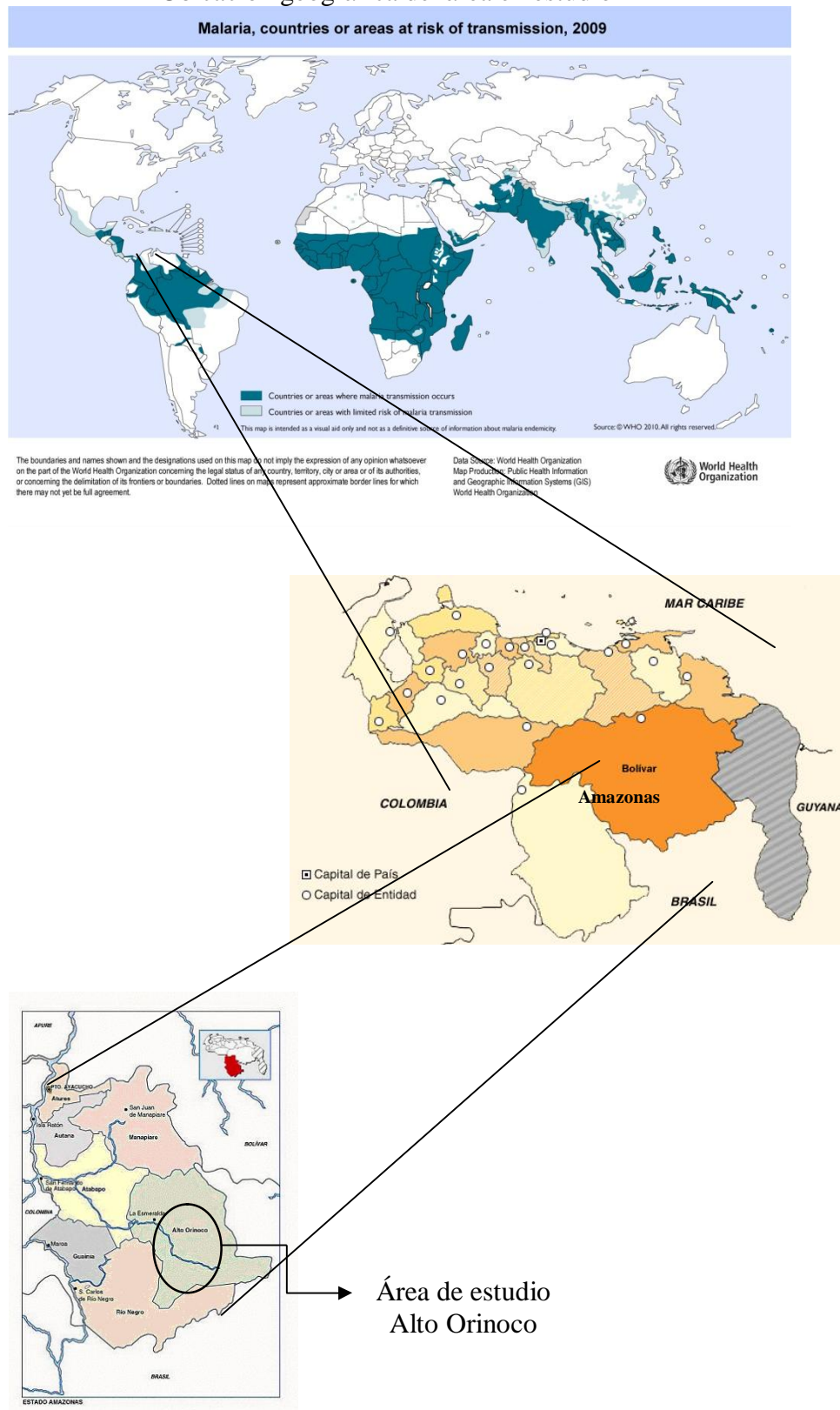
ser un área hiperendémica por tasa de población, completamente aislada, ya que solo es posible el acceso aéreo militar o por río en una travesía desde la capital del estado Amazonas (Puerto Ayacucho) a la capital del municipio (Esmeralda) con un recorrido de 3 días de duración. Existen 17 grupos étnicos, destacando entre éstos, los Yanomami, Guahibo, Piaroa y Yekuana, cada uno con su lenguaje, religiones, tradiciones y costumbres diferente (8,10).

Se exploró a los indígenas encuestados desde el punto de vista epidemiológico y existencial, basándonos en la encuesta aplicada por el Dr. Héctor Riffá en comunidades maláricas de Asia (13). Utilizando este método hemos tratado de identificar las características epidemiológicas de las comunidades en estudio como tipo de viviendas, uso de mosquiteros, cumplimiento del tratamiento, entre otras; y actitudes en el comportamiento de los líderes de linaje y chamanes ante el padecer el paludismo, entender y traducir su propia actitud, según el esquema social de la etnia. De esta manera hemos querido intentar estudiar a estos pobladores y no a la enfermedad, como lo dijo el Dr. José María Soria en una de nuestras clases del Doctorado òNo hay enfermedad, sino enfermosö (14).

Finalmente, hemos querido analizar la Visión Integral a la malaria en los indígenas del Alto Orinoco del Amazonas Venezolano, de acuerdo al enfoque aportado por Ken Wilber, en tres grupos de comunidades, unas ubicadas cerca de los centros poblados por criollos permanentes, otras ubicadas a orillas del río y otras alejadas de estos cursos de agua. Este modelo propone atender de modo integrado a la persona enferma considerando: El cuerpo como lo Objetivo ó Individual, los estados de la persona sus emociones, su actitud interna, su imaginaria e incluso sus intenciones como lo Subjetivo-Individual, la cultura, el nosotros de referencia como lo Colectivo Individual y el entorno físico y económico incluyendo la legislación como lo Objetivo-Colectivo (15).

Los cuatro ámbitos desempeñan un papel fundamental tanto en la génesis como en el tratamiento de toda enfermedad. Esta Visión Integral nos permitirá un abordaje mucho más global y eficaz (15).

Figura 1
Ubicación geográfica del área en estudio



Fuente: Organización Mundial de la Salud / Instituto Nacional de Estadísticas. 2010. Disponible: <http://www.ine.gov/>

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Los Yanomami representan la etnia más estudiada; prácticamente todos los aspectos de su cultura han sido estudiados por diferentes autores como Zerries, 1954; Barker, 1963; Wilbert, 1966; Barandiaran, 1967; Chagnon, 1968, 1970, 1976; Lizot, 1971, 1978, 1979; Smole, 1976; Hames, 1979; Cholchester, 1981; Albert, 1990; Chiappino, 1995; Alès, 1995. Esta etnia ocupa una extensión superficial cercana a los 80.000 Km², su población total en tierras venezolanas alcanza casi los 12.000 habitantes que se distribuyen a orillas del Alto Orinoco y sus afluentes, sin embargo su hábitat tradicional se encuentra en las tierras inter fluviales (16).

La vida social, política y ritual está dominada por la obligación del intercambio y de la reciprocidad. Las transacciones comerciales entre las personas y las comunidades, la comunicación verbal, las ceremonias, las fiestas, los servicios mutuos y recíprocos, constituyen el fundamento de la vida social y política. En el ámbito de la comunidad, es preciso repartir el alimento, sobre todo la carne (17).

Las sociedades amerindias son a la vez democráticas e individualistas. Los jefes de linaje o grupo, poseen más una autoridad moral que poder, y no detentan el privilegio de la violencia; cada hombre es un guerrero que defiende por sí mismo su honor, y la obediencia es percibida como un rebajarse de quien obedece ante quien ordena (17).

Los jefes indígenas tienen más obligaciones que derechos, son sobre todo orientadores y guías del comportamiento. Por medio de la palabra y dando el ejemplo, ellos tratan de inducir a los demás para que realicen en el momento adecuado las actividades indispensables: abrir nuevos conucos en la selva para plantar y sembrar, cumplir con ciertos rituales. Estos jefes sin poder dan también

on por lo general personas inteligentes y valientes, son buenos cazadores, trabajan más que los otros y conocen mejor el medio ambiente y sus recursos. Los niños en la medida que van avanzando a adolescentes, van recibiendo la educación de un pueblo guerrero (17).

La comunidad, el poblado por así decirlo, constituye un conjunto políticamente independiente, soberano en todo. Este conjunto, sin embargo, no está aislado; mantiene relaciones de parentesco con las comunidades vecinas, y muy a menudo, una historia común. Cada grupo local teje, por medio del intercambio, una red de reciprocidad con sus vecinos. Ello no obstante, al tiempo que constituye una unidad política fundamental, este conjunto se encuentra dividido, socavado por antagonismo que pueden hacerlo estallar, formado por individuos que tienen intereses y objetivos particulares, el cemento político es a veces demasiado débil para mantener la cohesión de los grupos sociales. Es un consejo informal de ancianos quien toma las decisiones de interés común; nadie, sin embargo, está obligado a acatarlo, y las disidencias no son raras (17).

Los yanomamis no invocan a un solo Dios, pero tienen una religión, rituales, una mitología, una cosmología y una escatología; creen en la vida del alma más allá de la muerte y en una multitud de seres sobrenaturales, buenos o malos, y han elaborado una teoría sobre las enfermedades y la muerte. Sus rituales constituyen sabias construcciones simbólicas (17).

Por otra parte, los chamanes son los únicos especialistas en esta sociedad, son a la vez curanderos, brujos y adivinos; son los amos del mundo sobrenatural, con el que entran en contacto luego de haber ingerido alucinógenos. Los grandes chamanes son personajes extraordinarios, a veces aterradores, siempre fascinantes. Como toda sociedad humana, está marcada por la violencia y por la guerra: como todos los hombres, los indígenas son a la vez crueles y tiernos, buenos y malos, aman y odian (18).

Las comunidades yanomamis pueden clasificarse, en forma algo arbitraria, en tres grupos distintos. En primer lugar, están las comunidades que viven cerca de estos centros permanentes; luego las que están un poco más alejadas, pero en

de los cursos de aguas navegables; y finalmente, aquellas que se encuentran aisladas en el interior del territorio, en las llanuras o en las montañas. A nivel del cambio cultural, la relación entre la proximidad y la gravedad de los cambios culturales sufridos es directa, siendo los grupos aislados, por supuesto, los mejor preservados (17).

Por otra parte, muy a menudo la situación democrática y sanitaria es también diferente en cada una de estas tres categorías que acabamos de definir. En la primera, gracias a la acción de los médicos venezolanos y de las religiosas salesianas, las personas reciben atención médica y, a pesar de una gran morbilidad, la población comienza a aumentar; la segunda categoría, la de los grupos semi-aislados, está compuesta por personas que ya han estado en contacto desde hace dos o tres décadas con la civilización, siendo estos los grupos más afectados por la enfermedad, reciben poca atención médica, la población disminuye rápidamente. Con ello, han desaparecido comunidades enteras. Es la última categoría la que ha estado mejor protegida; sin embargo, a partir de la llegada de los garimpeiros brasileños, es por su intermedio que transitan las enfermedades (17).

En términos generales, los yanomami han perdido la mitad de su población en el curso de los últimos veinte años. Lizót participó en una recolección de información demográfica en alrededor de cuarenta comunidades locales, es decir una muestra de aproximadamente mil quinientas personas; no pudo menos que comprobar la declinación demográfica de esa etnia, con datos demográficos longitudinales de numerosos grupos, todo lo contrario de lo sucedido alrededor de los años 1950, donde la población aumentaba a un ritmo de 1,5 por ciento anual, es decir que se duplicaba en unos treinta años. Los yanomami se encontraban por ese entonces en crecimiento demográfico, e igualmente en expansión territorial. Es a partir de esta fecha que comenzaría para los yanomami una progresiva declinación cultural y demográfica (17).

Ciertas comunidades, las más aisladas, cada vez menos numerosas, viven todavía en esta forma; son grupos humanos aislados en la montaña y en regiones de difícil acceso, siendo preciso marchar varios días en la selva para llegar a ellas.

Actual, es preciso distinguir dos polos opuestos y contrastados: de un lado, se ubican comunidades cada vez menos numerosas, que conservan todavía el modo de vida y tradiciones; del otro lado se encuentran comunidades cada vez más influenciadas por nuestro mundo, o si se quiere, por la sociedad global. Estas últimas imitan la manera de ser de los criollos y utilizan una lengua pervertida por los préstamos del español, en todo lugar, la situación sanitaria y demográfica es realmente catastrófica (17).

Los yanomamis están cabalgando entre Venezuela y Brasil, y su situación no es para nada la misma en uno y otro país. Las enfermedades, por supuesto, no se detienen en la frontera, y lo que pasa en el Brasil afecta a los indígenas de Venezuela. Los garimpeiros, al igual que las enfermedades, no respetan la frontera, y ésta, en plena selva, son difícilmente controlables. Los misioneros católicos y las sectas protestantes han sido la punta de lanza de la penetración de los blancos en estas regiones (17).

El estado demográfico de la población refleja fielmente la situación sanitaria, que puede caracterizarse por medio de algunas cifras. La epidemia de sarampión de la que fueron víctimas los yanomami en 1976 provocó, por sí sola, 15 por ciento de muertes. La malaria es endémica y resistente, al menos desde 1960, a la quinina y a la cloroquina. Se presenta bajo dos formas, *Plasmodium vivax* y *falciparum*; la oncocercosis es una afección tradicional. La leptospirosis es más reciente y cada vez más frecuente, al igual que las hepatitis A, B y C. A esto hay que agregar las gripes periódicas a las cuales los indígenas son muy sensibles, la amenaza de la fiebre amarilla y de la nueva forma de tuberculosis (resistente a los antibióticos), la posibilidad muy seria de introducción del SIDA (violaciones y prostitución de mujeres en el Brasil como consecuencia de la presencia de los garimpeiros; en Venezuela hay jóvenes que frecuentan casas clandestinas de Puerto Ayacucho). De hecho, es una polipatología sumamente grave la que afecta a la mayoría de los indígenas. Las parasitosis intestinales, tolerables en un contexto tradicional, contribuyen a la desnutrición cuando se asocian con paludismo. Enfermos, los indígenas a veces ya no tienen fuerzas para atender sus

organismos desnutridos son más vulnerables a las enfermedades. Es difícil de encontrar una salida a esta espiral deletérea (17).

Ante esta serie de amenazas culturales a las que han estado expuestas las comunidades Yanomami del Alto Orinoco de Venezuela, y sabiendas que a través de un plan integral de control y prevención de la Malaria, fundamentado en la visión de esta etnia acerca de la malaria, se intenta estudiar su cultura y así realizar un aporte a su salud.

Por ello se realizó o se formuló, la siguiente pregunta ¿Cuál es la visión actual de los Yanomamis acerca de la Malaria según su ubicación geográfica y contacto con los criollos?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Conocer la visión integral que tienen los indígenas acerca de la malaria en las comunidades Yanomami, según su ubicación geográfica en el Alto Orinoco, Venezuela.

Objetivos Específicos

- Determinar las características epidemiológicas de las comunidades en estudio: sexo, edad, tipo de vivienda, malaria es enfermedad, transmisión de la malaria por picadura de mosquito, uso de mosquitero, tratamiento antimalárico.
- Estudiar los conocimientos que tienen los Chamanes y Jefes de Grupo acerca de la malaria considerada una enfermedad *shawara*, tratamiento y prevención de la Malaria, de acuerdo a su ubicación de los centros poblados.
- Explorar la percepción de la Malaria de los Jefes de Grupo y Chamanes en su mundo mágico: intervención de espíritus, pérdida de cuerpo inmaterial *noreshi*, quema del shapono ante una epidemia.

Venezuela reportó 1.303 casos en el país, 1.279 autóctonos (98,2%) y 24 casos (1,8%) importados del exterior (Guyana = 22, y Colombia =2). La fórmula parasitaria es 68,3% a *Plasmodium vivax*, 27,8% a *Plasmodium falciparum*, 0% a *Plasmodium malariae* y 4% Infecciones Mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*). Hasta la fecha existe un acumulativo de 22.880 casos, lo que representa un aumento de 103,8% con respecto al período homólogo del año anterior (=11.226). Los estados Bolívar, Amazonas y Delta Amacuro, reportaron 98,5% de la casuística nacional (n=1.150, n=81 y n=29 respectivamente) y entre los municipios con mayor IPA se encuentra el Alto Orinoco, estado Amazonas con 365,2; ya que la Incidencia Parasitaria Anual (IPA)* del país es de 10,6 por cada 1.000 habitantes IPA: con base a la población expuesta a riesgo en municipios a los cuales por investigación, se les haya atribuido transmisión malárica durante el año (19).

Las comunidades yanomami en estudio se encuentran dispersas en el Municipio Alto Orinoco del Estado Amazonas, entre las que se encuentran las áreas geográficas de Ocamo, Mavaca y Mavaquita, con una creencia frente a la enfermedad y la muerte muy distinta a la de la cultura occidental, ya que según sus creencias, se trata de un proceso natural en ancianos por estar desgastados y en los niños muy pequeños, porque la vida aún no se ha unido íntimamente al cuerpo. Existen también enfermedades naturales como la malaria, pero si se complica y lleva a la muerte, a pesar del tratamiento, o muere por una causa no conocida, lo asumen como *un espíritu malo el que intervino* (20).

La muerte en el resto de los grupos de edad de la población, no es algo natural, así si un joven muere es porque alguien ha mandado un espíritu para que ese joven muriera. Aunque la muerte haya sido causada por la mordida de una serpiente o por una agresión de un jaguar, alguien envió un espíritu malo dentro de ese animal; ellos consideran que siempre hay un culpable, al cual buscan (20).

El cuerpo del hombre tiene tres partes: La primera, cada yanomami tiene su Alma, el YO; la segunda: tiene además un *Noreshi*, su SOMBRA o IMAGEN; y tercero: tiene un *pore*, su LADO MALO. Así cuando se enferma un yanomami fue porque su *noreshi* lo abandonó y mientras más lejos se ubique, empeorará. Si fallecen, queman el cuerpo para que el alma propiamente dicha se libere y pueda elevarse hacia el *hetumisi*, lugar por encima de la tierra donde no hay enfermedad y todo el mundo es feliz, si el fallecido fue una persona generosa. Así también el *pore* se libera con la muerte (20).

Por otra parte, los yanomami buscan a los chamanes cuando se enferman, así éste empieza a inhalar *yopo* (alucinógeno) para así ponerse en contacto con los *hekura* (espíritus) que le ayudaran a sacar el espíritu malo del enfermo (18).

Estas características culturales de la visión de la enfermedad de los yanomami, se estudiarán a través del Modelo Holónico postulado por Wilber, el cual afirma que cada evento físico tiene al menos cuatro dimensiones o cuadrantes: 1) Superior-Izquierdo (SI) es subjetiva, individual, interpretación de lo que pasa, el Yo; 2) Inferior-Izquierdo (II) es colectiva, valores de grupo, es Nosotros; 3) Superior-Derecho (SD) es lo que se puede medir, es el Eso; 4) Inferior-Derecho (ID) es condiciones económicas, condiciones geográficas, el Ello (21).

Todo lo anterior justificó la presente investigación a fin de estudiar la visión de los Yanomami acerca de la Malaria, según su ubicación geográfica en el Alto Orinoco de Venezuela.

Limitaciones

Esta investigación tiene algunas limitaciones, entre ellas, la ausencia de trabajos similares en universidades venezolanas donde se asocie a una enfermedad parasitaria sistémica, de gran importancia en la Salud Pública en el país, bajo la visión de poblaciones indígenas.

El idioma Yanomami, principalmente en las comunidades más alejadas de los centros poblados, fue una de las principales limitaciones y prolongaba el

sí como la dependencia de las Fuerzas Aéreas
Venezolanas y de embarcaciones, para el traslado al área en estudio.

Por otra parte, la muestra fue limitada por la Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente por lo que participaron solo indígenas mayores de 19 años de edad en la encuesta epidemiológica, estando autorizados por el jefe de grupo y el chamán, quienes respondieron las preguntas de la entrevista, como la visión y actuación según sus roles.

Por último, en este estudio no se tomaron en cuenta elementos intervinientes como la personalidad, la salud mental de los individuos, entre otras.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de La Investigación

Desde la antigüedad, la Malaria ha jugado un papel importante en la vida y desarrollo de comunidades; así médicos antiguos y medievales, a partir de Hipócrates, han realizado descripciones de esta enfermedad; siendo una evidencia material fuerte la presencia del antígeno HRP-2 de *Plasmodium falciparum* encontrado en momias de hasta 3200 A.C., en Egipto (22).

Esta enfermedad causa la muerte a más de un millón de personas al año, la mayoría de ellas en el África subsahariana. En las Américas, el número de casos ha bajado en un 20% y el número de defunciones en un 70% desde el año 2000 cuando se aumentaron los esfuerzos en el control de la enfermedad (23).

Tan grave ha resultado la infestación por *Plasmodium sp*, que se ha convertido en un problema de salud pública en Venezuela. En los últimos años se ha registrado un incremento en el número de casos de malaria desde 1985, las zonas con mayor incidencia malárica del país han sido los Estados Bolívar y Sucre, seguidos de Amazonas, Delta Amacuro y Apure, con algunas excepciones. Esto representa en la actualidad un 20% del territorio venezolano con una población cercana al millón de habitantes o en otras palabras, un 5% de la población que vive en áreas ecológicamente aptas para la transmisión (24, 25).

La epidemiología de la malaria en Venezuela muestra que la enfermedad esta confinada a estratos micro-epidemiológicos asociados a movilización de poblaciones, fundamentalmente sobre un eje de interés económico (minería, agricultura, etc.) (24).

La Información epidemiológica del Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela reporta 1.279 casos de malaria autóctonos del país y 24 casos (1,8%) importados del exterior provenientes de Guyana y Colombia para la semana epidemiológica 21 del año 2010. El estado

os para esta semana, además de 65 casos correspondientes a semanas anteriores; siendo el Municipio Alto Orinoco uno de los más afectados a nivel nacional por tasa poblacional (Reporte Epidemiológico Semanal, semana 21, 2010, MPPS) (19).

Entre otros datos recientes de interés, se observa que la morbilidad malárica es más frecuente en la población masculina que en la femenina y afecta a todos los grupos de edad, así el 73,7% de los casos se presentaron en el sexo masculino ($n=943$) y la población entre 10-39 años es la más afectada (66,93%). Los municipios con mayor IPA son: Sifontes (Bolívar) (366,8), Alto Orinoco (Amazonas) (365,2), Sucre (Bolívar) (240,3), Gran Sabana (Bolívar) (193,2), Cedeño (Bolívar) (146,2), (Reporte Epidemiológico Semanal, semana 21, 2010, MPPS) (19).

Es tan amplio el campo de las investigaciones y propuestas realizadas sobre el abordaje integral para la prevención y la terapia antimalárica, que se hace necesario estudiar los aspectos ecológicos y sociales de esta enfermedad, al igual que su ciclo biológico. En la dinámica de la malaria influyen varios factores a saber: factores naturales, sistemas productivos, organización económica y social; patrones demográficos en especial la colonización y la migración; cultura y procesos políticos, alcance e impacto de los programas de control, variabilidad genética del parásito, y la ecología y genética del huésped (26, 27).

Así, para realizar un abordaje integral de las comunidades, se deben tener en cuenta los factores culturales, sociales, climáticos, creencias; entre otros, que pueden interferir, no solo en la enfermedad como tal, sino en la transmisión y permanencia de la misma (28, 29).

Aramburú Guarda y col, estudiaron una epidemia presentada en Perú en el año 1997, con una incidencia que ha tenido una fluctuación estacional y llega a su máximo durante las lluvias de noviembre a junio (30).

Said González y col., con el objetivo de caracterizar la situación epidemiológica de la malaria y la vivienda como factor de riesgo para su

En el semestre del año 2005, realizaron un estudio en niños de 5 a 14 años de edad residentes en Honduras; obteniendo como resultado que la tasa de incidencia fue 15.4/1,000. El tipo de vivienda de desecho, las viviendas sin mallas metálicas en puertas y ventanas y aquellas de tierra se asociaron casi 5 veces más con los casos. Los niños que vivían en zonas inundables presentaban 3 veces más riesgo de contraer malaria que aquellos que vivían en zonas no inundables. Siendo estos pues, factores determinantes para la transmisión de la malaria (31).

Según el Centro de Análisis de Imágenes Biomédicas Computarizadas del Instituto de Medicina Tropical de la UCV, existe una clara periodicidad anual de la transmisión malárica asociada con la entrada y salida de las lluvias, la cual condiciona un incremento del número de vectores.(32). Bouma y col, lograron asociarla con el fenómeno de El Niño. En el caso de Venezuela y Colombia, la incidencia malárica se incrementa al año siguiente de dicho fenómeno. No obstante, las variaciones pudieran asociarse a otros factores, como los de tipo administrativo, pues, existe una relación inversamente proporcional entre inversión en salud y los indicadores malarionométricos (33).

Izaskun y col, en el año 2005 publican un análisis de la situación epidemiológica de la malaria en Venezuela desde 1936 hasta el 2002. Los resultados indicaron incremento de la distribución geográfica de la malaria y la estabilización de focos de la enfermedad en los estados Sucre, Bolívar y Amazonas; incremento sostenido del número de casos debidos a *Plasmodium vivax* y el consecuente incremento de la discapacidad humana por malaria; asociados a algunos elementos ambientales y socioculturales para el manejo integral de la malaria (diversidad y variabilidad ambiental; manejo y explotación humana del ambiente; vulnerabilidad de algunos grupos humanos, etc.) (34).

Durante el período 2004-2005, Guevara y otros realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir el perfil de la malaria en la población indígena del Municipio Sifontes del Estado Bolívar, donde se diagnosticaron 704 casos de malaria. Las etnias Kariña, Pemón y otras, sufrieron 80,8 %, 18,6% y 0,5 % casos

La mediana de la edad fue de 12 años; más de la mitad de los indígenas tenían antecedentes de malaria y la mayoría de casos fueron debidos a *Plasmodium vivax* (35).

Han sido pocos los estudios realizados por latinoamericanos que aborden a cualquier enfermedad metaxénica, desde la visión del paciente. Es por ello que se propone caracterizar a la etnia indígena de los Yanomami del Alto Orinoco en el Estado Amazonas, durante el período 2007 - 2010, describiendo sus características socio-demográficas como la edad, género, creencias religiosas, estado civil, conocimientos acerca de la malaria y su transmisión/prevención, así como la visión de esa enfermedad, según tres grupos de poblaciones ubicadas geográficamente diferentes.

Bases Teóricas

Origen de los Yanomami y su contacto con la civilización

En relación al grupo de estudio; el origen de la etnia Yanomami, antes de los encuentros que tuvieron lugar a finales del siglo XVIII, es difícil de determinar, por lo que basándose en datos lingüísticos de Migliazza (1972), que señalan al Apiau como a un afluente del Río Branco en Brasil, que deriva de una palabra Yanomami. Lizot toma esta relación toponímica como *indicio* y como *punto de partida* para ubicar los Yanomami en una región que comprendería, a groso modo, los afluentes de la margen derecha del Río Branco hasta su desembocadura en el Río Negro, Brasil. Este sería el escenario geográfico donde, siguiendo con esta hipótesis, los Yanomami habrían sufrido los contactos de la colonización de portugueses que remontaban el Amazonas de Brasil y el Río Negro. Así, es muy probable que los Yanomami se hayan encontrado con situaciones similares a las generadas por la expansión colonialista en otras partes del área Amazónica en general. Podemos suponer que los Yanomami se encontraron con dos consecuencias bien conocidas de la expansión colonial en el área amazónica: los guerreros arawakos, que recorrían la región en busca de esclavos para los portugueses, y las epidemias que suponían estos contactos (36).

ot (36, 37), como lectura prudente de ciertos acontecimientos históricos, serviría de soporte para entender, por un lado la desaparición de los Yanomami del curso inferior del Río Branco, y por el otro, su presencia posterior en la sierra de Parima (macizo montañoso en la frontera entre Venezuela y Brasil). Dos consecuencias se pueden destacar de esta migración: la concentración de un conjunto de comunidades en este *nuevo* escenario de la sierra de Parima y la intensificación de los conflictos intercomunitarios.

En el siguiente mapa hidrográfico de la Amazonía compartida entre los países Venezuela, Brasil, Colombia, Ecuador, Bolivia y Perú, se visualiza en rojo la migración de la etnia Yanomami desde Brasil hasta Venezuela, como lo señala Lizot.

Figura 2
Mapa hidrográfico de Sur América



Fuente: Mapa Hidrológico del Amazonas (2010) Disponible
<http://www.educasitios.educ.ar>

Como resultado de una serie de factores (históricos, dificultades de acceso desde los cursos inferiores de los ríos, etc.), en la Sierra de Parima se produce una

generó las condiciones para un aumento de la población. Este aumento se vio facilitado por el libre acceso a territorios desocupados, lo que permitió una nueva corriente de comunidades que fueron descendiendo paulatinamente desde el foco central de la sierra de Parima hacia los afluentes de los ríos Padamo, Ocamo, Manaviche, Orinoquito y finalmente hasta las orillas de estos ríos y del mismo río Orinoco. Esta nueva etapa en la historia de los Yanomami resulta ya más accesible a las investigaciones antropológicas; del terreno de la especulación y de ciertas hipótesis históricas se puede pasar al de las reconstrucciones de relatos orales de los ancianos yanomami. Sobre esto, Lizot destaca que ñes posible a partir de aquí escribir con seguridad la historia de los Yanomamiö (36).

Sin embargo, el aislamiento étnico no fue muy duradero. Tras un número de encuentros dispersos, a mediados del siglo XX (1950) comienzan a establecerse de manera permanente personas no-yanomami en el área (37).

Cronológicamente entre las misiones y viajes que van al área yanomami, señalan: Comisión Portuguesa de Fronteras en 1787, en el curso superior del Río Parima; H. R. Schomburgk en 1838-1839, en una región cercana a Parima; la expedición del alemán Koch-Grünberg, que se inicia en el 1912 y remontó los ríos Uraricoera, Araca, Marau, Marania y Cauaburis, todos del lado brasileño del territorio actual de los Yanomami; en 1912 H. Rice llega al raudal de Guaharibo en el Alto Orinoco. Más avanzado el siglo XX, en el contexto de explotación cauchera, se siguen dando encuentros esporádicos que contribuyeron a fomentar el repertorio de las falsas historias y retratos desproporcionados de los Yanomami (37).

Finalmente, en 1950 se da el primer asentamiento de carácter permanente entre los Yanomami. A las orillas del Orinoco, en Platanal, se instala la primera misión evangélica cerca de la comunidad Mahekototheri, que habían llegado recientemente al lugar. Tras esta misión llegarán más, tanto evangélicas (en Parima, Koyowe en el río Orinoquito, Koshiro en el río Padamo) como católicas (Ocamo, Mavaca, Platanal, Mavakita). El inicio de los asentamientos definitivos de misioneros en territorio yanomami marcaría un momento a partir del cual los

as comunidades yanomami comienzan a cambiar

(37).

Con el inicio de los asentamientos de misioneros, en un primer lugar, sumado luego a la presencia de personal de diferentes instituciones gubernamentales (Hidrología, Malariología, Ministerio de Salud, etc.), las comunidades yanomami comienzan a residir permanentemente en la misma área girando alrededor de estos asentamientos. Se siguen dando cambios de ubicación de las comunidades que suelen mudarse a un lugar cercano, río arriba o río abajo, dependiendo de contextos particulares, generalmente interrelacionados. Es raro hoy en día que una comunidad se aleje considerablemente de un lugar con acceso a los bienes manufacturados y servicios médicos (37).

La Malaria

Los estragos de la malaria condujeron a la interrupción del desarrollo socioeconómico de sociedades y civilizaciones. Dicho impacto en la salud y en el desarrollo económico de las poblaciones humanas es mayor en los trópicos y subtrópicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que cada año ocurren entre 300 y 500 millones de nuevos casos clínicos y hasta 2,7 millones de muertes. Aunque la mayoría de estas muertes ocurren en el África al sur del Sahara, la malaria ocasiona considerable morbilidad en las Américas, principalmente en la Cuenca Amazónica (22).

De los 478 millones de personas que viven en los 21 países con transmisión de la malaria, 79 millones (16,5%) parecen residir en las zonas con riesgo de transmisión en los nueve países que comparten las condiciones ecológicas comunes asociadas con la selva tropical amazónica en América del Sur. De los que residen en estas zonas, 16,4% viven en zonas de alto riesgo, 16,4% en zonas de riesgo moderado y 67,2% en zonas de bajo riesgo. En estos nueve países, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela, se notificó en el año 2000 el 86,8% de los 1.140.329 casos de malaria de toda la Región (38).

americano se registró una alarmante progresión de la malaria durante los últimos 20 años, De un análisis por sub-regiones se desprende que Brasil es el país que notificó el mayor número absoluto de casos de malaria (50,5%), seguido por los países de la sub-región andina, que notificaron lo que representa el 32,3% del total de casos. Sin embargo, el riesgo mayor de transmisión se observó en la sub-región que abarca la Guayana Francesa, Guyana y Suriname, seguida de ciertas partes de Brasil siendo el *Plasmodium vivax* la causa más importante de morbilidad de malaria en la región de las Américas (22).

El ciclo biológico de los *Plasmodium* evoluciona en dos huéspedes: el hombre y el mosquito hembra del género *Anopheles*, cuyas diversas especies presentan variaciones estacionales que se vinculan a las epidemias. Dichas variaciones a su vez están en relación con los lugares en donde reposan y su actividad hematofágica lo cual determina su domiciliación y permanencia en áreas específicas del territorio venezolano (39).

Plasmodium vivax es el parásito de la malaria predominante en las Américas. En las zonas clasificadas como de riesgo alto y moderado, fue el causante de 82,2% de los casos en año 2000, en aumento frente al 73,7% de 1999. La gran mayoría de los restantes casos se debe a *Plasmodium falciparum*. Los cambios de la incidencia notificada en las Américas durante los últimos años y casi todos los casos de *P. falciparum* son resultado de la transmisión en los nueve países que comparten la selva tropical amazónica. La mortalidad asociada con la enfermedad en la Región está relacionada con *P. falciparum*. Los datos preliminares para 2000 indican que hubo 301 defunciones asociadas con la malaria en la Región. Hay un número pequeño de casos causados por el *P. malariae*, que ocupa el tercer lugar en cuanto a prevalencia en la Región *P. vivax* causó todos los casos en Argentina y Paraguay, mientras en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela fue la causa de 70,5% de los casos en 1997 y de 71,5% en 2000. En Guayana Francesa, Guyana y Suriname, 36,5% de los casos fueron debido a este parásito en 1997, y 35% en 2000. Los cambios en los porcentajes de *P. vivax* van acompañados por cambios en los de *P. falciparum* (38).

s por la malaria pertenecen al grupo con producto interno bruto más bajo y también al de mayores desequilibrios en cuanto a los ingresos, el acceso a la salud, a la educación, al saneamiento medioambiental y a una vivienda adecuada. Los grupos indígenas, en particular aquellos que viven en la selva tropical, así como las personas que visitan estas zonas amazónicas en busca de oportunidades económicas o de un medio de supervivencia, son los menos protegidos frente a la enfermedad. Y es precisamente en estas zonas donde los servicios de salud son insuficientes e inadecuados (38).

La responsabilidad de resolver esta situación no puede recaer exclusivamente en el sector de la salud. Debe ser compartida por otros sectores como el minero, el forestal, el medioambiental, el educativo, y por los responsables del bienestar de los grupos indígenas a nivel nacional, los grandes consorcios nacionales e internacionales y los organismos financieros y de cooperación que han brindado su apoyo a la iniciativa *Hacer retroceder el paludismo* (38).

La década de las Naciones Unidas para *Hacer retroceder el paludismo, 2001-2010*. El paludismo es un problema que tiene soluciones, ya que se cuenta con la competencia, planes y tecnologías apropiados que ya empiezan a dar resultados. Sólo hay dos cosas que impiden extender las medidas de prevención y tratamiento: la falta de fondos y la falta de una capacidad nacional para hacer efectivos los planes en el terreno. Según las estimaciones de la OMS se necesitan anualmente 3.200 millones USD para financiar eficazmente la lucha contra el paludismo en todo el mundo (40).

Se estima que en la Amazonía existen más de 400 grupos indígenas, distribuidos de la siguiente forma: 200 en Brasil, 54 en Colombia, 31 en Bolivia, 60 en Perú, 6 en Ecuador, 16 en Venezuela, 5 en Surinam y 9 en Guyana. Estos pueblos indígenas tienen culturas que representan formas milenarias de adaptación al medio amazónico en las que los recursos naturales han sido utilizados de forma sostenible y el espacio geográfico de las selvas, ríos, lagos, quebradas y cerros, está delimitado por la mitología e historia. Además, aún hoy es posible identificar cerca de 100 grupos que se mantienen aislados de la

o las partes más altas de los ríos en las zonas fronterizas entre los países de la cuenca. Las tradiciones culturales son muy diversas, lo que se expresa en la diversidad lingüística (41).

Estos pueblos habitan dos grandes áreas naturales diferenciadas, la tierra firme no inundable en las vertientes amazónicas del escudo Guyanés, el escudo brasileño y el pie de monte andino amazónico, y la selva, con su alto potencial productivo a lo largo del río Amazonas desde la boca del río Napo hacia abajo. En la tierra firme habitan la mayoría de los grupos indígenas, mientras que aquellos que habitaban la selva, que constituían territorios, se extinguieron en el curso de la colonia. Muchos de los grupos indígenas amazónicos habitan las zonas fronterizas entre los países de la cuenca y en varios casos la misma etnia traspasa los límites internacionales (41).

Todos los grupos indígenas amazónicos se encuentran en un proceso de cambio cultural y económico, el cual se manifiesta en grados de integración, como lo propuso Darcy Ribeiro: grupos aislados, en contacto intermitente, en contacto permanente o integrados. A mayor grado de integración, mayor pérdida de la cultura tradicional. Se calcula que la población indígena de la Amazonía al momento de la conquista estaba compuesta por dos mil grupos, con una población de siete millones de habitantes. En la actualidad su número no llega al millón de habitantes (41).

La colonización en todas sus manifestaciones ha causado severas disrupciones en sus sistemas de organización política, económica y social. Los grupos aislados de forma voluntaria de la civilización occidental, enfrentan actualmente amenazas sobre sus territorios por exploraciones y explotaciones de oro, petróleo y maderas. La vulnerabilidad de estos grupos frente a este tipo de amenazas es evidente. Sin embargo, ante este panorama se destaca que en la actualidad el movimiento y las organizaciones indígenas han logrado un reconocimiento en la mayoría de los países de la región, destacándose la Coordinadora Indígena de la Cuenca Amazónica (COICA), lográndose la participación de los indígenas en tomas de decisiones políticas acerca de los territorios ocupados por las etnias y el respeto a sus tradiciones culturales (41).

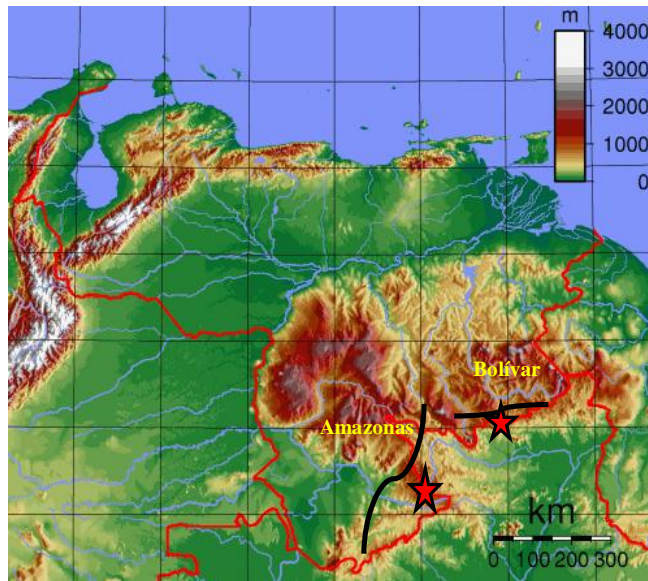
2, determinó que existen veintiocho (28) etnias ubicadas en diez estados: Amazonas, Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Mérida, Monagas, Sucre, Trujillo y Zulia; las cuales son las siguientes: Akawayo, añú, arawak, baré, barí, baniva, eñepa, guajibo (jivi), jodi (hoti), kariña, kurripako, mapoyo (wanai), pemón, pumé, piapoko, piaroa (wotjuja), puinave, sáliva, sape, uruak, warao, warekena, wayuu, yavarana, yekuana, yeral (ñengatú), yanomami y yukpa (42).

Así mismo, este censo determinó que la población indígena alcanzaba para la época el número de 315.815 individuos, incluyendo a 274 individuos pertenecientes a 10 grupos indígenas procedentes de países vecinos como Brasil, Colombia y la República de Guyana. La población indígena representaba el 1,5% de la población total del país y los grupos étnicos con mayor volumen de población eran: wayuu: 53,4%; warao: 7,6 %; pemón: 6%; añú: 5,5%; yanomami: 4,7%; guajibo (jivi): 3,6%; y piaroa (wotjuja): 3,6% (42).

En Venezuela, la etnia Yanomami ocupa diferentes regiones ubicadas en los estados Bolívar y Amazonas, teniendo menor contacto con la civilización, por dificultades de transporte las comunidades ubicadas en las partes altas del río Orinoco. La Malaria aún constituye un problema de salud pública para esta etnia; así, en los datos epidemiológicos presentados por el CAICET (Anexo ñAö), muestra el número de casos por comunidad desde el año 2002 al 2007, con 4.638 casos de Malaria diagnosticados en ese centro (43).

La etnia Yanomami, se reparte en dos áreas de casi igual tamaño entre Brasil y Venezuela, localizadas en los ríos Mavaca, Manaviche, Orinoco, Ocamo y en el alto Siapa en el Estado Amazonas. El epicentro de esta zona es la Sierra Parima; la cual determinó la frontera entre Brasil y Venezuela. Los casos de malaria diagnosticados durante los años 2002 al 2007 en esta área ascienden a 1.780, de los 4.638 diagnosticados en ese lapso, representando el 38% del total, en su mayoría debidos a *Plasmosium vivax* (43).

Figura 3
Áreas geográficas ocupadas por la etnia Yanomami en Venezuela
Estados Bolívar y Amazonas



Fuente: Hidrografía (2010). Disponible
[http:// www.gifmonografias.com](http://www.gifmonografias.com)

Estructura social de la etnia Yanomami

Las comunidades indígenas Yanomami viven en la selva tropical y ocupan un territorio que se extiende a ambos lados de la frontera entre Venezuela y Brasil. Más de la mitad de los miembros de la etnia yanomami se encuentra del lado venezolano, en los estados Amazonas y Bolívar. La sociedad, hoy día, designada bajo el nombre *yanomami* está dividida, desde un punto de vista lingüístico, en cuatro subgrupos: los *yanomami*, que viven esencialmente en Venezuela (Estado Amazonas); los *yanoman*, asentados en el Brasil; los *sanema* y los *yanam*, que se encuentran al norte de su territorio (Estado Bolívar) y que se distribuyen de ambos lados de la frontera entre Venezuela y Brasil. Juntos constituyen la familia lingüística *yanomami* (o *yanoama*). Fueron inicialmente conocidos como *waica* (o *guaica*), *guaharibos*, *shamatari*, *shiriana*, etc., antes de que fuera utilizada su propia autodenominación. El término *yanomami* significa *ser humano, la gente* (42).

nombre, gente o especie; quien no sea yanomami es nape, es decir, "extraño, gente de cuidado, gente peligrosa". Con este término califican a los demás indígenas y a los criollos (44).

En 1758, ya se sabía de la existencia de los Yanomami en la Sierra Parima y en el Alto Orinoco. Para el momento de los primeros contactos con los europeos, los Yanomami se encontraban al parecer en un proceso de crecimiento demográfico y de expansión geográfica, que los había llevado a explorar nuevos territorios, como las riberas del Orinoco, el Padamo y el Mavaca. Pero en las zonas norte y oeste de su territorio, los Yanomami chocaron con los Ye'kuana, que lograron detener su avance (44).

Según el ciclo estacional, no es raro que dejen sus casas y sus conucos para ir a consumir, en el sitio mismo, productos que abundan en el territorio. Se instalan, entonces, en campos de selva durante varias semanas. Sea en estos campamentos provisionales o en el *shapono*, la vida colectiva favorece una visión social muy intensa y muy animada. Hoy día, el contacto permanente de los Yanomami con la población criolla de la región amazónica y la invasión de garimpeiros ha causado serias modificaciones en el ambiente y, en consecuencia, en su salud, costumbres tradicionales y migración a otras áreas del Alto Orinoco (42).

Así, sumada a la historia particular de cada una de las comunidades Yanomami, su migración está estrechamente relacionada con la variedad de experiencias que han tenido y mantienen con la sociedad envolvente. Se debe considerar, por ejemplo, los diversos tipos de relaciones que Yanomami de diferentes comunidades tienen o han tenido con las escuelas y con los misioneros que suelen estar a cargo de su funcionamiento; la variedad de niveles de alfabetización que existen y los grados de conocimiento de la lengua castellana; finalmente, la multiplicidad de relaciones que se han creado entre los Yanomami y el personal que trabaja dentro del sistema de salud criollo en los diferentes programas (ej. médicos rurales, estudiantes de carreras médicas, técnicos de los programas de control de la Malaria y Oncocercosis, personas de varias profesiones que participan en operativos, etc.) (20, 42). Desde hace cinco años, la

id de la Universidad de Carabobo, ha promovido el Proyecto Todos por la Vida, con la finalidad de atender a las comunidades indígenas existentes en el país, que apoyó la realización de esta investigación.

Como hemos señalado, hay una multiplicidad de contextos socio políticos reales que, aunque interrelacionados, son muy diferentes y generan respuestas que hay que tomar en cuenta para tener una opinión informada sobre la vida del pueblo Yanomami. Citamos algunos ejemplos: existen comunidades que conviven a diario con misioneros católicos (Ocamo, Mavaca, Platanal) o evangélicos de distintas sectas (Padamo, Parima B, Koyowe, Harurusi); hay yanomami que conviven a diario con militares del ejercito (Parima B) y de la Guardia Nacional (Delgado Chalbaud); e incluso hay Yanomami que se han enrolado como soldados. Dentro del área de salud, hay una multiplicidad de relaciones que se han creado y se siguen dando entre diferentes Yanomami y el personal que trabaja dentro del sistema de salud del estado en los diferentes programas (ej. Médicos rurales, auxiliares de medicina simplificada, estudiantes de carreras médicas, técnicos de los programas de control, personas de varias profesiones que participa en operativos, etc.). En concreto, varios Yanomami han convivido por décadas con médicos y estudiantes de carreras médicas (Ocamo, Mavaca, Mavakita, Platanal, etc.); otros tienen, o han tenido, experiencias con *garimpeiros* (mineros ilegales de Brasil), turistas, científicos, indigenistas, cineastas y un sin fin de personajes. Esta diversidad de actores y contextos locales hace que las realidades en las que se desarrolla su vida cotidiana y el conocimiento que tienen de nuestro mundo sea heterogéneo (42).

Finalmente, hay que tener en cuenta que el contacto de los Yanomami con el mundo criollo no sólo se da dentro de su territorio. En los últimos años se ha visto un rápido incremento de la movilidad de un número importante de Yanomami que han comenzado a viajar hacia La Esmeralda, Puerto Ayacucho y Caracas con cierta frecuencia. Ésta es una realidad compleja que, sumado a la dispersión geográfica, divisiones político administrativas y variedad de grupos lingüísticos, creemos importante considerar a la hora de planificar medidas y

restar un servicio de salud diferenciado y adaptado culturalmente al pueblo Yanomami (20, 44).

Como etnia, los Yanomami conviven en comunidades; cada comunidad construye su vivienda, la cual es de tipo colectivo. Varias familias u hogares se reúnen para constituir una casa comunal o *shapono*. Esta consiste en una serie de espacios abiertos cubiertos con palma que alberga, cada uno, varios hogares. Estos espacios cubiertos están colocados en círculo, en torno a una plaza central a cielo abierto. Las familias pueden ser monógamas o polígamas, pero en este último caso cada esposa ocupa su propio fogón con sus hijos. Cuando se amplía la familia, se añade un fogón más, cerca del cual se instalan los hijos mayores. Se puede decir que aproximadamente la mitad de los casamientos que ocurren entre los miembros de una casa comunal se realizan dentro de la misma y la otra mitad en casas vecinas y/o casas aliadas más lejanas. El tamaño de las casas colectivas puede variar de menos de 20 personas a más de 200 personas. Las comunidades se dividen generalmente en dos comunidades o más cuando un conflicto de importancia se desarrolla en su seno. Las familias que se separan fundan otra comunidad sobre el mismo modelo, pero un poco más lejos. Esas familias también pueden unirse con otra comunidad aliada y/o instalarse a proximidad. Según su tamaño, las comunidades están guiadas por uno o varios líderes (42, 44).

Figura 4
Shapono: Vista Aérea e Interna

Vista Aérea



Vista Interna



Fuente: Enciclopedia Wikipedia. **Shapono**. 2010. Disponible:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Shapono> / Interculturalidad en salud (2009). **Acerca de los
Casos de AH1N1 en Amazonas**. Disponible: <http://culturaysalud.blogspot.com/>

Cada comunidad explota un amplio territorio a fin de obtener los recursos que necesita para reproducirse mientras respeta los territorios de sus vecinos. Los Yanomami construyen sus casas próximas a sus conucos y cada cuatro o cinco años se mueven para acercarse a las nuevas plantaciones: la pobreza del suelo los

terrenos cada año. Cultivan esencialmente plátano, ocumo, yuca dulce, caña de azúcar, maíz y batata. Siembran también cambur, aguacate, lechosa, tabaco y algodón; este último permite la manufactura de hamacas y de la indumentaria. Practican regularmente la caza, pescan y recolectan productos de la selva (20).

Esta etnia se ha dedicado a la agricultura de conucos desde hace mucho tiempo, aunque no se sabe a ciencia cierta cuándo comenzó esta práctica. Fueron persistentemente descritos por los primeros visitantes de la región como "cazadores-recolectores", pero la idea pudo provenir de una visión un tanto romántica que los hacía aparecer como un pueblo desconocido y remoto (45).

La agricultura es un trabajo fundamentalmente masculino, sobre todo las tareas de limpieza, tala y quema. La siembra y cosecha son actividades practicadas por ambos sexos, al igual que la recolección. Los hombres trepan a los árboles para alcanzar frutos, insectos u otros alimentos, mientras las mujeres recogen y cargan lo recolectado. Además de sembrar los vegetales antes señalados, también siembran una serie de plantas con propósitos rituales, colorantes y alucinógenos (45).

Figura 5
Yanomami pescando



Fuente: Enciclopedia Wikipedia. 2010.
Disponible:
<http://de.wikipedia.org/wiki/>

an las mujeres, caza y pesca, son actividades sobre todo masculinas. Los Yanomami distinguen dos tipos de cacería: una llamada *rami*, con la que aseguran las necesidades diarias de carne, y otra llamada *heniyomou*, que realizan todos los varones de la comunidad cuando preparan una gran celebración o quieren agradar a algunos huéspedes especiales. Cuando el *heniyomou* se realiza por un funeral, la cacería ritual se inicia en las primeras horas de la noche con la entonación de una serie de cantos sencillos y poéticos llamados *heri* y danzas ejecutadas por adolescentes de ambos sexos. El rito dura varias noches (45).

En la celebración del rito mortuorio o *reahu* se acostumbra, aunque no es imprescindible, el consumo colectivo de las cenizas de los muertos, previamente molidas en un mortero funerario. Mientras las mujeres lloran, los hombres, parientes y amigos del difunto, se colocan en círculo para tomar una sopa de plátano en la que se han mezclado las cenizas. Si el difunto ha sido muerto a manos de un enemigo, los hombres claman venganza. Durante las ceremonias es frecuente el consumo ritual de tabaco y *yopo*. Así entran en contacto con el mundo sobrenatural, curan enfermedades y transmiten su memoria colectiva (44, 45).

Los Yanomami viven desnudos. Hombres y mujeres se cortan el pelo negro y lacio en forma redondeada. Acostumbran pintarse el cuerpo con una serie de colorantes, así para obtener el color rojo usan principalmente *onoto*, mientras que para el morado mezclan *onoto* con una resina llamada *caraña* (44).

Los hombres se adornan con brazaletes multicolores confeccionados con el plumaje de algunos pájaros y suelen hacer agujeros en los lóbulos de las orejas para ponerse trozos de caña verada, plumas y flores. También se perforan el tabique nasal y la comisura de los labios y se colocan finos palillos de bambú. Los adornos femeninos son de mayor sutileza, hechos con cogollos de palmeras, flores o manojos de hojas perfumadas que introducen en cilindros vegetales colocados en los agujeros de las orejas. Sin embargo, en las expediciones guerreras, los hombres se pintan de negro humo, color que simboliza la noche y la muerte. Cuando una mujer está de luto deja de pintarse de rojo con *onoto*, y usa pintura

nte un año. Para algunas fiestas se untan la piel de
arcilla blanca (44).

Figura 6
Yanomami hembra adornada con flores



Fuente: Calso Fernández, Ana. **Perforaciones Yanomamis.** 2009. Disponible:
<http://noloseytu.blogspot.com/2009/06/perforaciones-yanomamis.html>

Hilan algodón en usos rudimentarios. Tejen chinchorros de algodón en rústicos bastidores hechos con palos clavados en el suelo. Durante los viajes en la selva, usan fibra descortezada de bejuco mamure para hacerse un chinchorro, el marakami-toki, que después se desecha (44).

Como se ha venido señalando, la unidad residencial de los Yanomami es el *shapono*, que podemos traducir, teniendo en cuenta que estos son términos algo genéricos, como comunidad o grupo local; aunque es probablemente más apropiado pensar en la comunidad Yanomami como un conjunto de relaciones sociales que se desarrollan en un lugar específico, donde la gente reside. La noción de comunidad como un conjunto de relaciones sociales queda más clara si consideramos la palabra Yanomami *theri*, que se traduce como comunidadö, òmiembro de un grupo localö, o como òun elemento que forma parte de un grupo, una comunidadö. Así, al nombre particular de la comunidad Mahekoto, se le añade el *theri* conformando la palabra compuesta Mahekoto theri (20, 44).

reces de referente para ubicar a las diferentes comunidades. Así, a la gente que vive río abajo del lugar donde vive el hablante, por ejemplo, se les llama *koro theri* (lit. persona o comunidad de abajo) y a los que viven río arriba *ora theri* (lit. persona o comunidad de arriba). El termino *yahi therimi*, por ejemplo, se refiere al ònconjunto de miembros de comunidades cercanas nacidas por fisión de un mismo grupo local originalö (45). Si la comunidad es mejor entendida como un conjunto de relaciones sociales, es normal que cuando un Yanomami se refiera a otra persona, dicha persona sea ubicada siempre dentro de una red de relaciones sociales. La ubicación de una persona en un grupo local particular, su existencia e identidad, es principalmente concebida y casi siempre descrita en relación con un contexto social específico (45).

Cada linaje y/o grupo suele tener su líder, o persona que se destaca de alguna manera, que es la que suele dominar a la hora de la toma de decisiones que involucren a su gente. Lizot escribe sobre esto diciendo que:

Por lo general al linaje lo domina un hombre de 35 a 50 años que se responsabiliza de los asuntos colectivos de sus parientes consanguíneos (hermanos o hijos) y de sus aliados (esposos de sus hermanas o de sus hijas) que viven cerca de él y se suman a la facción que él ha constituido (45).

Para considerar la esfera de las relaciones políticas de los Yanomami hoy en día, hay que tener en cuenta la multiplicidad de contextos en los cuales las relaciones que nosotros denominaríamos políticas tienen lugar. Por ejemplo, las concepciones de salud y enfermedad, la etiología de las enfermedades y, por extensión, las nociones del *buen vivir*, están estrechamente vinculadas al conjunto de relaciones interpersonales que los individuos crean y recrean en su vida diaria, tanto en su comunidad como hacia fuera, con gente de otras comunidades vecinas (45).

En un tipo de sociedad donde la política, tal como suele concebirse en nuestras sociedades, no constituye una esfera apartada del conjunto de las relaciones interpersonales (ej. parentesco, relaciones sociales con gente de otras

ión exclusiva de un grupo de personas llamados *políticos*, cabe preguntarse cuáles son las atribuciones de un líder, cómo y por qué alguien llega a serlo en esta sociedad. Sobre esto, Lizot ha escrito que el líder

Puede ser el más anciano de los hombres activos: un padre, o el mayor de varios hermanos varones; pero el criterio de edad no es absoluto. Se trata de ocupar un lugar, de asumir una función pública y es necesario tener vocación, deseo y cualidades para aceptarlo. Tal posición, en efecto, obliga a trabajar más y asumir responsabilidades cuyos privilegios no van más allá de la autoridad y el prestigio (siempre cuestionados), todo ello sin ninguna ventaja material. Los líderes y adultos, entonces, sugieren, más que ordenar, y comandan con el ejemplo en la mayor parte de los casos. Su liderazgo depende, en gran medida, de su poder de convicción, que se hace manifiesto en su habilidad oratoria al participar en el *patamou* (45).

El *patamou* se refiere a un tipo de discurso, una forma específica de hablar que es diferente de la que la gente usa para comunicarse en el día a día. Generalmente, el discurso va dirigido a los corresidentes y se suele dar en dos momentos en los que la mayoría de las personas están en sus chinchorros junto al fuego; en la madrugada, hacia el amanecer, *harika*, y al final de la tarde, *weyate*. El término *patamou* deriva de la palabra *pata*, un término que significa *grande, adulto o persona importante*, lo que se aproxima mucho a nuestro concepto de líder. Si lo traducimos de forma literal, la palabra *patamou* significa *hacer/comportarse como un adulto, actuar como una persona importante*. En términos generales, en el *patamou* se sugieren cosas, y el que toma la palabra trata de dar consejos de forma más bien indirecta e implícita, especialmente cuando se trata de hablar de las normas de comportamiento que deben seguir los jóvenes. Sin embargo, siempre hay excepciones (45).

Cuando se atraviesa un momento de tensión dentro de la comunidad y se dan fricciones entre personas particulares de las facciones que la conforman, el *patamou* puede muy bien dar pie a una discusión más abierta en la que participan más individuos, cada uno dando su opinión personal a viva voz desde su respectivo fogón. El respeto a la opinión de los demás, a sus palabras, refleja la

autonomía personal tiene para los Yanomami y la forma en la que ésta se expresa en la interacción verbal cuando se comunican entre si. El *patamou* tiene lugar casi a diario, y juega entonces un papel fundamental en la esfera de las relaciones sociales y políticas de la comunidad (45).

En las comunidades con escuela, ambulatorio y que participan de la política municipal, se han introducido cambios en relación al tipo de liderazgo que cobra fuerza. Hoy en día existe una cohorte de adultos de unos 40 años que han sido escolarizados y que fueron los primeros Yanomami en lidiar seriamente con las instituciones del estado. Sus mayores inmediatos son notablemente más tradicionales que ellos y tienen un peso compartido con estos nuevos líderes en asuntos comunitarios (20).

Para algunas decisiones que requieren del entendimiento del mundo criollo, los viejos delegan todas las responsabilidades en este grupo. Para otras decisiones que requieren de maestría en los conocimientos Yanomami, hay un mayor balance. Esta cohorte, sin embargo, se mueve constantemente entre comunidades más y menos criollizadas, por lo que conocen ampliamente ambos mundos. En esto se basa su posibilidad y éxito político (20).

Cabe preguntarse como se comportará esta cohorte en los años venideros, cuando los más jóvenes compitan por el control político de las comunidades. Estos ya no serán viejos que no conocen el mundo criollo, situación que a ellos les facilitó el liderazgo en el pasado. Igualmente, perduran diferencias enormes en estilo de vida entre los Yanomami en contacto permanente con poblaciones civilizadas, los que viven en las márgenes de los ríos con contactos menos frecuentes y los que viven en la selva. El primer y segundo grupos están expuestos Misiones con fines políticos, que se encuentran distribuyendo planta eléctrica, televisor plasma de gran formato, DVD y películas de la Revolución Cubana, de las Marchas y Discursos Bolivarianos en Caracas, sumando a ello que los Yanomami están adquiriendo películas de grupos musicales colombianos, en especial de ballenato. A esta actividad, la comunidad que recibió dichos insumos, le debe dedicar de una a dos horas diarias, desde pequeños hasta ancianos. Lo que

cto de esta intervención política cuando los actuales jóvenes tengan una edad alrededor de los 40 años.

Salud y Enfermedad en el pueblo Yanomami

Desde el punto de vista individual, la salud es considerada el bienestar o malestar biológico y espiritual que varía entre estar vivo/sano (*temi*), estar enfermo (*hariri*, *pëi*) y, por último, estar muerto (*nomawë*) (40). La división entre vida y muerte no es clara ni definitiva, sino que ambas forman parte de un continuo con fronteras no siempre rígidas. El deterioro de una persona a causa de una enfermedad afecta sus estados espirituales y físicos, así como sus relaciones sociales, acercándolo a la muerte y alejándolo gradualmente de la vida plena y la sana convivencia. Por otro lado, no se debe perder de vista que hay un vínculo indisoluble entre los aspectos inmateriales de la persona y sus componentes materiales (el cuerpo), por lo que para comprender las nociones de salud-enfermedad individual y su vínculo con las relaciones sociales es imperativo comprender, en primera instancia, los distintos aspectos que para los Yanomami, forman parte de la persona humana, y en segundo, la etiología de las enfermedades (21).

Así como para muchos pueblos indígenas de Suramérica, para los Yanomami la mayoría de las enfermedades graves y la muerte tienen un origen enemistoso; alguien (humano o no-humano) mata o enferma. La muerte nunca es natural por lo que los enfermos son a la vez víctimas. Inclusive los accidentes, como la mordida de una serpiente, pueden ser interpretados como una agresión por un chamán enemigo, quien ha propiciado el desafortunado encuentro entre la persona y la serpiente (46).

Las principales causas de enfermedad y muerte son:

- 1.-El robo por seres sobrenaturales de algún aspecto inmaterial de la persona (por lo general se habla del *pei mi amo*) ó los agresores más frecuentes son los espectros de los muertos (*pore*), alguno de una clase de espíritus maléficos llamados en su conjunto *yai thë*, o un chamán

medio de un espíritu auxiliar *hekura*; 2.- El daño o muerte del animal *noreshi* (alter ego) de la persona; 3.-Brujería por medio del uso de sustancias *hëri* o la manipulación de objetos o huellas personales (21).

También otro autor señala como principales causas de enfermedad y muerte las siguientes:

1.-Un ataque de la *shawara* óuna categoría de enfermedades producidas tanto por diminutos seres caníbales como por una forma de brujería, todos relacionados. Como categoría nosológica, *shawara* se refiere a todas las enfermedades con potencial epidémico como la malaria; 2.-La ruptura de tabúes (46).

Sin embargo, no toda afección apunta a una de estas explicaciones. Los malestares comunes, como dolores de cabeza, estómago, espalda, etc. inicialmente son sólo eso, malestares que afectan al cuerpo biológico (47, 48). Los Yanomami saben que llevar mucho sol puede causar dolor de cabeza, que comer demasiado de un solo fruto puede causar diarrea, que cargar mucha leña para el fogón puede causar dolor de espalda. Éstos son malestares que pasan solos o con la aplicación de procedimientos de medicina casera (uso de *hëri*, baños en el río, etc.) o con la aplicación de medicinas industrializadas. Es sólo cuando una afección no pasa con alguno de estos métodos y el paciente empeora que se sospecha que el cuerpo inmaterial está siendo afectado, y no sólo el cuerpo biológico (48).

Es importante retener entonces la distinción entre una afección meramente biológica y una afección que incluye también al cuerpo inmaterial. En el primer caso, la persona puede referirse a un dolor localizado en un órgano o parte del cuerpo: *ya hek nini, me duele la cabeza* o *ya mamó nini, me duele el ojo*, donde *nini* indica dolor. También se puede manifestar algún malestar como la tos: *ya tokop, tengo tos*, o *ya tokomou, estoy tosiendo*; *ya kriip, tengo diarrea*, o *ya hayeheri, tengo dolores musculares* (46, 47).

enfermedad o malestar se indica con el término *hariri* o *pëi*; es un estado que se opone al de estar en buena salud *temi* y pareciera referirse tanto a los casos de meros malestares del cuerpo biológico como a los casos que incluyen al cuerpo inmaterial. Ya en el caso de afecciones del cuerpo inmaterial, si el enfermo tiene un diagnóstico en mente, se puede precisar si se está bajo el efecto de sustancias *hëri* (*ya herip*), si es víctima de una agresión chamánica (*ya shaporip*) o si está siendo devorado por los diminutos demonios *shawara* (*ya shawarap*). Todos estos casos están revestidos de mayor urgencia pues las afecciones del cuerpo inmaterial son las causantes de la muerte (46).

El segundo punto sobre el cual debemos detenernos es el caso de las enfermedades *shawara*. Anteriormente señalamos que, como categoría nosológica, *shawara* designa un grupo de enfermedades con potencial epidémico. El término *shawara*, sin embargo, también designa una forma de *brujería guerrera* (47) en donde se queman sustancias *hëri* para causar epidemias y numerosas muertes.

La teoría Yanomami señala que el humo de la sustancia quemada sirve de vector transmisor de las enfermedades que penetran el cuerpo, en donde los pequeños *demonios de las enfermedades*, comienzan a devorar la sangre o carne de la persona. El contacto cada vez más frecuente con el mundo criollo ha provocado una expansión cultural del concepto de *shawara*, una expansión que vinculó el poder patógeno del humo de ciertas sustancias *hëri* a el humo de la combustión de productos manufacturados (ej. la quema de basura) y medios de transporte (humo de motores fuera de borda, plantas eléctricas, etc.) traídos por los criollos. De esta manera, el humo de los criollos, que coincide con el incremento de las relaciones con éstos y con el aumento de las endemias traídas por ellos, se ha convertido en vector de enfermedades *shawara*, como el sarampión, la hepatitis, la malaria, las diarreas, las gripes intensas y las infecciones respiratorias agudas (49).

Es difícil saber cómo se distribuye y con qué intensidad se mantiene esta teoría ó que asocia el humo de los criollos con las enfermedades traídas por ellosó entre distintos grupos de Yanomami, que han tenido un contacto prolongado pero

ollo en los últimos 50 años. Este contacto los ha expuesto a otras teorías respecto a la transmisión de enfermedades en la voz de misioneros, médicos, antropólogos, etc. a pesar de lo cual la asociación entre humo y enfermedad es aún observada. La quema de basura por los médicos de los ambulatorios provoca reacciones distintas entre la población; si bien algunos no parecen darle importancia, otros critican a los médicos por la inconsciencia de generar humo patógeno (49).

Un yanomami del Alto Ocamo, que viaja con frecuencia a las zonas de misión y a La Esmeralda, el pueblo multiétnico más cercano y capital del municipio Alto Orinoco, ejemplifica la permanencia de la relación entre criollos, humo de combustión y enfermedad:

Antes de que yo naciera, dicen que los adultos/ancianos no se enfermaban... Así nomás, así se dice que era, pero hoy en día las enfermedades *shawara* llegan con intensidad. Por esto es que hoy hay menos gente en nuestras comunidades. Hace tiempo, antes de que yo naciera, dicen que había muchísimos fogones. ¿por qué llegaron las enfermedades *shawara*? Porque queman basura en Puerto Ayacucho, y queman cauchos también, y sale humo de las motobombas, también sale humo de los carros, los aviones cruzan el cielo... es por esto que las enfermedades *shawara* caen sobre nosotros unas tras otras (46).

Esta visión colectiva del origen de las enfermedades (*shawara*) en la etnia Yanomami, interpretada bajo la terminología y visión de la existencia de Ken Wilber, quien llama al conocimiento del *nosotros* histórico-hermenéutico, ya que este *nosotros* solo puede ser comprendido e interpretado correctamente a la luz de sus antecesores (49), es necesaria para la comparación de esa visión ancestral y la visión actual de los Yanomami acerca de la Malaria.

Es interesante notar que en dos episodios míticos que recoge Lizot (48) sobre el origen de las enfermedades, se asocia la génesis de los *demonios de las enfermedades* a la máxima alteridad social y distancia geográfica. En un caso se dice que durante la infancia de los hermanos Omawe y Yoawe, personajes

habían enfermedades epidémicas y fue sólo cuando estos se convirtieron en demonios *yai thë*, que se crearon estas enfermedades, sugiriendo que siendo Yanomami no se podría crear tal devastación y que esto sólo es posible para los demonios *yai thë*, enemigos perennes de los humanos (Yanomami).

En un segundo caso, se dice que los hermanos creadores viajan río abajo, donde el Orinoco *desaparece bajo la tierra*, y es ahí donde se transformaron en demonios *yai thë* y desde donde envían las epidemias. Es probable que el viaje río abajo, *donde desaparece el Orinoco*, sea una referencia ajustada a la historia, pues es de esa dirección de donde vinieron los criollos portadores de las enfermedades, de manera tal que los episodios míticos y la experiencia histórica sean congruentes (48,49).

El acceso seguro a bienes manufacturados, los comienzos de la escolaridad y el acceso a medicamentos, sin embargo, persuadieron y continúan persuadiendo cada vez a más Yanomami a acercarse a las fuentes de bienes y servicios occidentales. El acceso a éstos tuvo motivaciones prácticas, por ejemplo, las ventajas de usar herramientas de metal en el conuco, armas de fuego para cacería, el alivio de los malestares, etc., pero también tuvo importantes motivaciones simbólicas y políticas que estimularon un reordenamiento sociopolítico, que involucró el surgimiento de jerarquías e identidades basadas en la diferenciación al interior de la sociedad, particularmente acelerada en estos últimos 50 años (20).

Lo cierto es que hay una asociación histórica entre el incremento de enfermedades epidémicas y el progresivo incremento del intercambio con el mundo criollo a medida que los madereros, exploradores y luego misioneros, personal de salud, turistas, etc. comenzaron a visitar y residir en el Alto Orinoco (20, 46).

Por otra parte, entre los Yanomami, los médicos no *manejan la situación* y en muchas oportunidades son los pacientes y familiares Yanomami los que controlan al médico en cuanto a qué, cómo y dónde puede cumplir con los procedimientos médicos sugeridos al paciente. La relación sujeto (médico) ó

están acostumbrados los médicos se ve así

desestabilizada al encontrarse con pacientes en posición de sujetos; pacientes que responden, replican y mantienen al médico dentro del campo de acción que ellos consideran legítimo. Esta inversión de papeles radica, al menos parcialmente, en que los Yanomami no tienen una larga experiencia con el estado y sus instituciones y su presencia en el territorio continúa siendo incipiente. Los médicos deben *probarse a sí mismos* al demostrar maestría en los procedimientos médicos; pero en aquellos conocidos por los Yanomami. *Probarse* en el sentido de demostrar lo que en nuestra sociedad los pacientes dan por sentado: la autoridad del médico en materia de salud (35).

Las misiones Salesianas, por su parte, con base en Ocamo, Mavaca y Platanal, han prestado asistencia médica desde sus inicios, a través de las hermanas de la orden María Auxiliadora, algunas de las cuales tienen entrenamiento como enfermeras. Antes de la llegada de los agentes del Ministerio de Salud al área hubo períodos en los que las hermanas recibían recursos directamente del Ministerio de Salud, así como las Misiones Nuevas Tribus, parcialmente expulsadas de Venezuela en el 2006, mezclaban asistencia médica primaria con actividades de conversión religiosa; lo que constituyó uno de los elementos principales de su gran éxito proselitista en toda la Amazonía venezolana (35).

Además de los misioneros, entre las primeras instituciones involucradas en proveer a los Yanomami de alguna forma de asistencia médica fueron los servicios de Malariología y Dermatología Sanitaria del Ministerio de Salud de Venezuela. El servicio de Malariología comenzó sus actividades en el área a fines de la década de los cincuenta, con una plataforma permanente ubicada en la boca del Río Mavaca. Esta base se reubicó varias veces, pasando por Platanal, Mavaca y finalmente en las cercanías de la capital del municipio, La Esmeralda, fuera del territorio Yanomami (35).

Estas mudanzas se debieron a las dificultades de mantener personal foráneo en el área, así como a momentos de fricciones con los misioneros, que eran críticos de algunas de sus prácticas en el campo y sus relaciones con los

dermatología Sanitaria construyó una base en la boca del río Mavaca en 1976, en respuesta al descubrimiento de un foco de Oncocercosis en Parima. Esta base se desmantela a mediados de los años ochenta, momento en el cual el programa de control de Oncocercosis pasa a manos del Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET), creado en 1982 y con base en Puerto Ayacucho (35).

El potencial transformador de la religión, el contacto con los criollos venezolanos y colombianos, garimperiros de Brasil y del Ministerio de Salud, a través de Malariología, Dermatología Sanitaria y el CAICET; así como Misiones Políticas del Estado Venezolano, que han vivido las comunidades Yanomami en los últimos cien años, se analiza desde la perspectiva integral de Wilber dentro del cuadrante inferior derecho *ellos* (49); lo que explica que por no ser Yanomami y desconocer su mundo, su lengua, sus convenciones sociales, los médicos no están en condiciones de poseer autoridad alguna sobre sus pacientes. No se trata de que el mundo biomédico sea ajeno al mundo Yanomami, sino que está subordinado a éste?. Es por esto que el médico nunca estará en condiciones de competir con la autoridad moral del chamán, autoridad tantas veces requerida para que un enfermo se comporte como paciente?, son unas de las interrogantes que trataremos de estudiar en esta investigación (35).

El Chamanismo

El chamanismo forma parte de la estructura social de los Yanomami. El chamán tiene un halo de misterio y puede evocar realidades diversas e incluso contradictorias, ya que su origen es ancestral y la cultura ha ido creando barreras por sus métodos, muchas veces arcaicos y extremos; ya que el chamanismo existió antes de las culturas que conocemos y en las que vivimos (50).

Los chamanes tratan de evitar que las enfermedades lleguen a su comunidad poniéndoles barreras invisibles a los demonios de la enfermedad o generando ventarrones que impidan su llegada por los aires. Esto ocurre si los *hekura* o los Yanomami de comunidades vecinas anuncian la presencia de alguna epidemia en la región. Debido a que las enfermedades clasificables como *shawara* son

a los criollos y otros extranjeros (otras etnias indígenas) la experiencia le ha demostrado a los Yanomami que los chamanes muchas veces no pueden solos contra ellas. Así, no es extraño que ellos digan que no se conocen esas enfermedades y que se requiere de los médicos y sus medicinas para lograr eliminarlas (45, 51).

Así, si el paciente considera que tiene una enfermedad *shawara*, el papel del médico ya no es sólo de alivio sino también de cura radical. Las enfermedades *shawara*, las más comunes son la malaria, las infecciones respiratorias agudas y las diarreas persistentes, son el territorio etiológico en donde la competencia del médico se equipara con la del chamán, en lo que a cura radical se refiere. Esto no implica que el paciente deje de ir al chamán, quien por lo general sigue actuando sobre el paciente siempre que se lo requieran. Al tiempo que los médicos batallan contra la enfermedad *shawara* con anti maláricos, u otra serie de medicamentos, los chamanes atacan la *shawara*, despedazándola con los machetes de sus *hekura* y extrayéndola del cuerpo para lanzarla al mundo subterráneo de los *amahiri* (51).

Las opciones terapéuticas de las que disponen los Yanomami del Orinoco son:

- 1.-El chamanismo;
- 2.-La fitoterapia u otros procedimientos que podríamos llamar *medicina casera*; y
- 3.-La bio-medicina. Esta última más bien con presencia irregular a lo largo del territorio, distribuida de manera poco homogénea, generalmente más escasa a medida que nos adentramos en su territorio tradicional (51).

Entre el chamanismo y otras opciones de medicina casera existe una jerarquía, complementariedad de funciones y posibilidades de acción sobre el cuerpo biológico y el cuerpo inmaterial. Las plantas *hëri* se administran de diversas maneras, ya sean untadas sobre el cuerpo o bebidas. Hay también procedimientos comunes como atarse cuerdas alrededor de las partes del cuerpo que están adoloridas o bañarse en el río para bajarse la fiebre. Quizá menos común sea el dejarse picar por hormigas o ingerir arena para *espesar* una diarrea. Todos estos procedimientos tienen una acción sobre el cuerpo biológico y se aplican para

envolucran al cuerpo inmaterial o para reducir los síntomas, más no para curar una enfermedad más grave cuya causa raíz está en el plano inmaterial. A los procedimientos de alivio de malestares y reducción de síntomas con los que algunos Yanomami se trata, básicamente el uso de plantas *hëri*, se les puede llamar *hërma*, *fërmai*, *horoma* o *he horoma* (51).

Cuando el cuerpo inmaterial está afectado, sólo el chamanismo puede procurar una cura, pues solo el chamán puede ver el plano interior e inmaterial de la persona, sólo él puede identificar los rastros de los agresores, batallar contra ellos y restituir la integridad de la persona. Las causas de estas enfermedades son invisibles a las personas normales y sólo los chamanes pueden transformarse en espíritus *hekura* para que éstos le brinden sus conocimientos y habilidades especiales, sin los cuales la cura es imposible. Entonces, podemos afirmar que el chamanismo es la fuente real de cura, mientras la medicina casera tiene un papel siempre secundario, subordinado y mucho menos valorizado. En contraposición radical con los procedimientos de *medicina natural*, el chamán no utiliza ningún recurso fitoterapéutico, sus facultades provienen del mundo invisible, del panteón espiritual Yanomami, al cual accede con la ayuda de alucinógenos (llamados genéricamente *yopo*). Las sesiones chamánicas de cura se identifican con el término *nohi rea* (48).

La teoría biomédica no ha logrado penetrar en el campo etiológico de los Yanomami, aunque sí en el de las prácticas curativas. Aún los Yanomami que viven bajo la influencia de las misiones y los ambulatorios médicos del territorio han fortalecido su propio entendimiento del origen y funcionamiento de las enfermedades. Esto ocurre, entre otras cosas, porque el chamanismo es la fuente de conocimiento verdadero y es una institución, no solo inmersa sino edificante, del contexto cultural Yanomami. Las explicaciones chamánicas de la enfermedad encajan con la historia local de la comunidad, con la mitología y con la concepción general del cosmos. En la práctica, sin embargo, los Yanomami han sido mucho más receptivos con las terapias biomédicas; incorporándolas al campo de la medicina casera o tradicional (18, 48).

shawara, los Yanomami consideran las medicinas alopáticas como reductoras de síntomas y alivio del sufrimiento causado por las enfermedades. Su papel, en casos de afección del cuerpo inmaterial, es secundario al efecto de la chamanería. A las prácticas comunes de los médicos, como dar pastillas, inyecciones, untar cremas, gotas, soluciones fisiológicas, nebulizaciones, etc., se las describe con los términos de la fitoterapia *hërima*, *horoma*, y *he koama*, este último término significa literalmente *dar medicina en la boca* (48).

Por otro lado, evidentemente los médicos no apelan al mundo espiritual para resolver la enfermedad de un paciente, lo que separa radicalmente no sólo a los médicos de los chamanes, sino a todos los criollos de los Yanomami. Los médicos, excepto en los casos considerados *shawara*, no acceden al plano causal e inmaterial de la enfermedad sino al plano material de sus efectos. Pero hay otras similitudes entre la práctica biomédica y el uso de plantas *hëri* que favorecen su incorporación cultural a esa categoría de su sistema médico tradicional. Por un lado, las terapias con plantas *hëri* se beben o untan en el cuerpo, procedimientos comparables a la ingesta de medicamentos y la unción de cremas en la medicina occidental (47).

Además, tanto las medicinas como las plantas *hëri* son consideradas sustancias *wayu*, es decir, sustancias con efectos sobre el cuerpo y la psiquis (46). El tabaco y el *yopo* también son considerados *wayu*, pues sus efectos sobre el cuerpo son evidentes. Éste es un poder ambivalente, pues los *hëri* son usados tanto para ayudar como para causar daño o muerte y los Yanomami saben que las medicinas mal utilizadas pueden causar daño o muerte a una persona (18, 48).

Así como los Yanomami aprecian el poder de los medicamentos para curar rápidamente heridas infectadas, o la velocidad con que el suero fisiológico puede restituir a un niño deshidratado al borde de la muerte, pues *evita que se le seque la sangre*, hay ocasiones en las que pueden referirse a una mala medicación como a la causa de una muerte. También existe la posibilidad de que los efectos secundarios de algún medicamento, antimaláricos especialmente, puedan considerarse contraproducentes en el caso de bebés pequeños que estén moribundos (51, 52).

onar que en castellano, sobre el tema de los *hëri*, algunos yanomami hablan de *medicina natural* o *medicina de la selva*, lo que evidencia la equivalencia entre los medicamentos manufacturados y la *medicina casera* propia. Del examen de una variedad de casos y de la manera como los Yanomami hablan de los médicos y los chamanes se desprende que si una persona está bajo la influencia de sustancias de la brujería, *hëri*, si un aspecto inmaterial ha sido herido o robado, ya sea por un *pore*, un *yai*, un chamán enemigo o la ruptura de un tabú, el papel del médico y sus procedimientos son de alivio del sufrimiento que generan los síntomas de la enfermedad (51).

Esto explica por qué, aun cuando un yanomami considera que su cuerpo inmaterial está afectado, acude al médico o requiere su presencia para darle fuerza con una solución fisiológica, bajarle la fiebre con un antipirético, reducirle el dolor con un analgésico, aunque el médico además aplique, por ejemplo, un antibiótico si el caso lo amerita. En estos casos, es casi seguro que el paciente también estará acudiendo al chamán (51).

En el modelo holónico de Wilber, el chamán y las plantas *hëri* forman parte del cuadrante inferior izquierdo (nosotros), mientras que los médicos y los medicamentos antimaláricos utilizados forman parte del cuadrante superior derecho (eso); esta ubicación dentro de los cuadrantes será igual en todas las comunidades Yanomami?

Debido a que las enfermedades clasificables como *shawara* son numerosas y están asociadas a los criollos y otros extranjeros (otras etnias indígenas), la experiencia le ha demostrado a los Yanomami que los chamanes muchas veces no pueden solos contra ellas. Así, no es extraño que ellos digan que no se conocen esas enfermedades y que se requiere de los médicos y sus medicinas para lograr eliminarlas (51).

En resumen, hay afecciones para las cuales el chamán ofrece una cura radical y los médicos son requeridos, aunque con igual avidez, sólo para aliviar el sufrimiento de la enfermedad. En el caso de la *shawara* tanto el médico como el chamán pueden curar efectivamente, aunque se reconoce que la terapia biomédica

ca. Los yanomami también son conscientes de que hay enfermedades que, en el campo y la situación en que se consiguen, escapan a las facultades tanto de chamanes como de médicos. En esos casos maximizan sus posibilidades de cura acudiendo a todos los especialistas que tienen a la mano. En una diversidad de contextos, el chamanismo y la biomedicina son alternativas terapéuticas complementarias y no competitivas (17).

La interacción entre médicos y chamanes en el Alto Orinoco suele mantenerse dentro de los límites de la cordialidad y la cooperación. En la mayoría de los casos, los pacientes que así lo ameritan y que están dentro del radio de atención regular de algún ambulatorio, acuden a médicos y chamanes por separado, con frecuencia sin que los médicos siquiera se percaten de ello. Cuando el paciente empeora es frecuente que ambos terapeutas trabajen simultáneamente. En estos casos los terapeutas toman turnos para acceder al cuerpo del paciente que, por lo general está en su casa, en el suelo o en su chinchorro, rodeado de sus familiares y otros observadores (17, 48, 51).

Mientras el chamán baila, canta y manipula con las manos el cuerpo del paciente movilizand o espíritus auxiliares y batallando con agresores invisibles, extrayendo objetos inmateriales o despedazando los demonios *shawara*, el médico monitorea con termómetros, estetoscopios y reloj el estado del paciente, al tiempo que monta vías intravenosas, pasa antibióticos y otros medicamentos. La comunicación entre ambos es poca, los médicos interesados suelen preguntar por el diagnóstico chamánico por intermedio de los Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS) u otros Yanomami que estén ayudándolo, quienes además suelen indicarle cuando pueden acceder al paciente y cuando debe ceder el espacio al chamán. En general, ésta es una situación controlada por los Yanomami más que por el médico. Aunque ocurre con mucha menor frecuencia, cuando hay pacientes hospitalizados en el ambulatorio, los chamanes pueden también acudir y realizar ahí la sesión chamánica (48).

La actitud de los médicos del Alto Orinoco, por su parte, hasta ahora ha oscilado entre el respeto a la diferencia y la resignación. Los médicos o estudiantes de medicina de postura más abierta, por lo general, aceptan la

tas bajo la premisa de que el chamán ayudará a la cura de un paciente en el campo de los *cuidados*, más que en el de cura, pues argumentan que el chamán ofrece el contexto cultural apropiado para la mejoría del paciente. Otro tipo de razonamiento común describe al chamanismo como a un mecanismo de acción psicológica que favorece la mejoría o propicia cambios biológicos hacia la cura. Los más renuentes, por su parte, no tienen otra opción que rendirse ante la fortaleza de las convicciones de los Yanomami (48).

Pero no ha ocurrido, en todo caso, que los médicos del Alto Orinoco desaconsejasen a un paciente la asistencia a un chamán, o nieguen un tratamiento por haberlo hecho, como fue reportado sobre médicos trabajando entre los Warao del Delta del Orinoco en la década de los noventa (42).

En relación a la actitud de los chamanes hacia los médicos, es raro que desaconsejen la visita al ambulatorio. Aunque puede ocurrir si se piensa que un medicamento es demasiado fuerte para un niño pequeño muy enfermo, por ejemplo, o si la relación con el médico no es buena. Los mismos chamanes no tienen ningún problema en asistir al ambulatorio en busca de medicamentos, y aún en casos de gravedad pueden incluir los servicios del médico dentro de su itinerario terapéutico. Los Yanomami suelen decir que médicos y chamanes deben trabajar juntos con la expresión *he ususkuwë*, que indica igualdad de medidas o valores (46, 48, 52), esto puede ser una manera figurativa de referirse a la complementariedad y paridad entre chamán y médico, siempre limitándose al aspecto médico, no al político-religioso de la comparación entre medicina y chamanismo.

Las enfermedades *shawara* son un ejemplo interesante de la interrelación entre los modelos de salud propiamente Yanomami y los de la biomedicina. Éstas son, por así decirlo, una bisagra intercultural en el contexto médico, pues definen el lugar de los criollos y, correspondientemente, del sistema biomédico de salud en el terreno etiológico y terapéutico. Los Yanomami del Orinoco establecen en diversos contextos una serie de analogías entre médicos y chamanes (52).

el cuerpo con un estetoscopio, penetrarlo con inyecciones o soluciones intravenosas, analizar la sangre con los microscopios, entre otros procedimientos biomédicos, permite a los médicos acceder, en cierta medida, al sitio en donde la *shawara* tiene efectos visibles: la sangre, la carne, el interior. Un auxiliar de medicina simplificada Yanomami indicó que al auscultar a un paciente con una infección respiratoria, por ejemplo, los médicos escuchan lo que los chamanes ven. Los Yanomami acostumbrados al procedimiento de la toma de muestras de sangre y análisis en microscopio para el diagnóstico de la malaria, equiparan a los parásitos que provocan este mal con los diminutos demonios de las enfermedades *shawara* (37, 51).

Al traducir la intervención de un médico ante una audiencia de Yanomami monolingües, los auxiliares de medicina simplificada Yanomami suelen traducir palabras como *microbios* con la expresión *n wãri*, que es otra manera de decir *shawara*; pequeños demonios. Así, existe una afinidad entre la concepción de *shawara*, diminutos demonios devoradores del interior del cuerpo, y los parásitos y bacterias que causan la malaria y otras infecciones que aquejan profundamente a la población Yanomami. Esta afinidad conceptual favorece la incorporación de los procesos de diagnóstico y de terapia biomédica sin que los Yanomami deban suscribirse a la etiología biomédica de la enfermedad (37).

Mucho de lo que caracteriza las relaciones sociales que se tejen alrededor del funcionamiento del sistema de salud escapa a la dimensión simplemente médica y posee un elemento de carácter político, entendido en un sentido amplio (37).

El personal de salud, además, es a los ojos de los Yanomami *extranjero*, lo cual está atado a una serie de valores y reacciones que subsumen cualquier valoración que se tenga de sus dotes curativas. Como se ha venido planteando, los médicos no *manejan la situación*, por lo que los pacientes y familiares Yanomami en oportunidades, imponen al médico en cuanto a qué, cómo y dónde puede cumplir con los procedimientos médicos sugeridos al paciente (37).

...s de las enfermedades *shawara*, al tiempo que son las fuentes de bienes y servicios que los Yanomami del Orinoco hoy necesitan para asegurar su futuro. Criollos son tanto los médicos y misioneros que ayudan a los Yanomami en el campo, como los que los discriminan en el hospital de la ciudad. Los criollos tienen tecnologías sorprendentes pero son torpes para vivir en la selva; tienen muchos bienes pero son mezquinos a la hora de compartir; prometen muchas cosas cuando visitan las comunidades pero no cumplen casi ninguna. Ante tales ambigüedades, incrementadas quizá por la altísima rotación de personal estatal en el territorio, los Yanomami están constantemente evaluando la naturaleza real de la moral y el conocimiento del médico que, inevitablemente, siente estar constantemente *a prueba*, un sentimiento que decrece o se perpetúa con la confianza o desconfianza que desarrollen con la comunidad durante el tiempo de convivencia (37).

Hemos señalado que si bien las concepciones Yanomami y biomédicas de la enfermedad son radicalmente diferentes, su encuentro ha devenido en una complementariedad, particularmente en el campo terapéutico. En la gran mayoría de las intervenciones biomédicas de campo, las divergencias entre la concepción Yanomami y biomédica de la enfermedad son poco relevantes: los pacientes acuden al ambulatorio, se alivian dolores, se tratan heridas, se vacunan, se toman antibióticos, se nebulizan, etc. Es sólo cuando los pacientes evolucionan a estados de gravedad y en cuanto se sospecha la inminencia de la muerte que estas divergencias se hacen determinantes de la relación médico-paciente y del itinerario terapéutico. Ante la ineficacia aparente de un tratamiento biomédico, por ejemplo, aunado a la creciente sospecha de que el enfermo sufre de una afección espiritual (lo uno muchas veces implica lo otro), el paciente suele abandonar el ambulatorio en busca de tratamiento chamánico (37).

Hay decisiones sobre el itinerario terapéutico de pacientes graves que revelan a los médicos una valorización casi inconcebible de la autonomía personal, a sus ojos por encima de la vida misma, constituyendo una inversión de prioridades que subvierte el dogma médico de hacer todo lo posible por salvar una

Comprender que no todo se puede o debe hacer desde el punto de vista de la biomedicina (37).

Ahora bien, este desencuentro no es exclusivo del terreno médico, sino que forman parte del encuentro entre sujetos inmersos en la mentalidad del estado, en donde se concibe un contrato social, se conciben instituciones con poderes delegados y jerarquías aceptadas, al individuo en contraposición a la sociedad, y las sociedades indígenas, donde el poder político es difuso y desconcentrado, en donde no se concibe un contrato social y en donde la autonomía personal no se limita (37, 54).

Cocco (51), establece que los Yanomami ubicados en la selva o alejados de los afluentes de los ríos, es la etnia con más bajo nivel de aculturización, representando una gran esperanza para el mundo indígena. Por lo que al analizar el cuadrante superior izquierdo *yo* en los Yanomami, la estructura social que han mantenido desde épocas ancestrales, dificulta una visión individual de la enfermedad *shawara*, ya que en su unidad residencial, el *shapono*, que podemos traducir como comunidad o grupo local; aunque es probablemente más apropiado pensar en la comunidad yanomami como un conjunto de relaciones sociales que se desarrollan en un lugar específico, donde la gente reside (37).

Enfoque Integral según Wilber

La medicina ortodoxa o convencional constituye un abordaje del organismo físico, mediante intervenciones exclusivamente físicas, es decir, la medicina ortodoxa cree esencialmente en las causas físicas de la enfermedad física. Por lo que intentando estudiar la Malaria bajo un enfoque integral de la medicina, invocado por Ken Wilber, podemos darnos cuenta que esta visión es de gran utilidad, como vimos anteriormente se trata de lo que el denomina un *Modelo Holónico* que afirma que cada evento físico tiene al menos cuatro dimensiones o cuadrantes (21).

De esta forma, lo individual se conjuga tanto en lo subjetivo como en lo objetivo; lo colectivo se manifiesta entre lo inter-objetivo e inter-subjetivo,

la integral que va desde el interior del ser humano como individuo, (cuadrante superior izquierdo), hacia la construcción y visión del mundo compartida, (cuadrante inferior izquierdo) y desde el ser humano individual, observado como estado orgánico material, (cuadrante superior derecho), hacia un orden colectivo externo social (cuadrante inferior derecho), aplicado a este caso particular de la visión de la Malaria que poseen los Yanomami que formaron parte de este estudio (21).

Figura 7
Los Cuatro Cuadrantes de Wilber adaptada para la Malaria en Yanomami

YO/MENTE La visión/vivencia de los jefes de grupo y chamanes yanomami : Malaria como shawara Malaria es transmitida por mosquitos y prevenida con el uso de mosquiteros Tratamiento antimalárico Abordaje de los pacientes maláricos (Médico+Chamán) Intervención de los espíritus Importancia del noreshi	ESO/CEREBRO-CUERPO Lo que se puede directamente medir/Causas físicas e intervenciones físicas: Edad y género Malaria considerada una enfermedad Malaria transmitida por mosquitos Uso de mosquiteros Tratamiento antimalárico
NOSOTROS/CULTURA Visión general y ancestral: Tipo de vivienda Chamanismo Religión Visión de los cuatro platos del pueblo Yanomami Rituales de protección para la comunidad Quema del shapono ante epidemias	ELLO/ENTORNO Condiciones legales, Políticas de Estado: Sistemas de salud Legislación Sanitaria Misiones Evangelizadoras Misiones Polícas Condiciones geográficas

Fuente: Loaiza, L. (2010).

La mayoría de las enfermedades tienen causas y tratamientos que incluyen las dimensiones emocionales, mentales y espirituales, indispensable en la visión de los Yanomami de la Malaria, más aún cuando dentro de sus estructura social se encuentra el chamán, el jefe del grupo, auxiliares de medicina simplificada y, la presencia de los criollos (médicos, misioneros, entre otros). Así, en el cuadrante Superior Izquierdo (YO) se encuentra la creencia de los Yanomami que las enfermedades, restando algunos malestares pasajeros con plantas medicinales,

Las comunidades Shawara, requieren de la participación del chamán, y del médico de poseerlo esa comunidad, y otros malestares del espíritu, solo son potestad del chamán. Esto se debe a que la enfermedad solo es aceptada en las edades extremas de la vida, como se ha explicado anteriormente; siendo solo explicables las muertes en los otros grupos etarios por la intervención de un espíritu malo enviado por otra persona (20, 37, 51).

En relación al Cuadrante Inferior Izquierdo, la visión colectiva del proceso salud/enfermedad y de la muerte, no es más que la sumatoria de las visiones individuales de los Yanomami, ya que es ésta es considerada como el bienestar de la comunidad, dada la importancia de la intervención de espíritus malos, relacionada con la pérdida del *noreshi* (su sombra o imagen), que al irse alejando empeorará el paciente, por lo que toda la comunidad, guiada por el chamán, se avoca en buscar el *noreshi* del enfermo (20, 37, 47, 48, 51).

Si fallece el enfermo, su alma (YO) subirá al lugar por encima de la tierra, donde todos son felices y no se enferman, pero si esa persona no fue generosa en vida (mala), su alma bajará debajo de la tierra y allí caerá en un fuego eterno. En cualquiera de los casos, sus pertenencias son quemadas para liberar el alma, sin embargo si fue malo, su *pore* (lado malo) quedará vagando en el shapono, molestando a los demás (20, 37, 47, 51).

El conocimiento que tienen los Yanomami acerca de las medicinas, tanto plantas medicamentosas como medicinas manufacturadas, así como el uso del mosquitero, como una de las formas de prevenir y curar la Malaria, podrán ser abordadas a través del interrogatorio para evaluar el conocimiento que tienen de las mismas, como parte del Cuadrante Superior Derecho (37, 53).

Y por último, intentaremos conocer el Cuadrante Inferior Izquierdo, el cual se encuentra muy limitada su evaluación, ya que actualmente las comunidades ribereñas Yanomami visitadas sufren de presiones políticas para poder recibir insumos manufacturados provenientes de la capital del estado Amazonas, así como la oportunidad de ser becado para realizar estudios como Promotor Comunal o de Salud, a través del gobierno regional y nacional.

Chamán: Individuo al que se le atribuye la capacidad de modificar la realidad o la percepción colectiva de ésta, de manera que no responden a una lógica causal. Por ejemplo, en la facultad de curar, comunicarse con los espíritus y presentar habilidades visionarias y adivinatorias. Rol fundamental en comunidades indígenas.

Espíritu: Parte racional del alma de una persona. Vigor natural o fortaleza que alienta a proceder en bien o en mal.

Factores Epidemiológicos: Estudiados a través de la Epidemiología, disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones y control de factores relacionados con la salud y la enfermedad.

Jefe de Grupo: En la etnia Yanomami son los hombres líderes, quienes guían por su sabiduría y carisma al resto de las familias que habitan en la comunidad.

Muerte: Suceso obtenido como resultado de la incapacidad orgánica de sostener la homeostasis. Para los Yanomami la muerte nunca es natural por lo que los enfermos son a la vez víctimas, ésta tiene un origen enemistoso; alguien (humano o no-humano) mata o enferma.

Rituales: actividades de baile, cantos y gritos iniciados por el chamán o por el jefe de grupo que permite festejar algún acontecimiento como una buena cosecha, para mejorar a los enfermos o ante la muerte.

Yanomami: Llamados también Yanomamö, ya que en italiano yanomami es el plural de yanomamö, son una etnia indígena americana caracterizada por su solidaridad y respeto hacia la naturaleza.

Hipótesis General

La visión actual de los Yanomami acerca de la Malaria, su transmisión y prevención; estudiada a través del Enfoque Holónico de Ken Wilber, varía dependiendo de su relación con los centros poblados.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Factores Epidemiológicos	Sexo	Femenino Masculino
	Edad	Años
	Tipo de Vivienda	Shapono Otro
	Malaria como enfermedad	Si No Si
	Transmisión por mosquitos	No Si
	Uso de Mosquitero	No
Conocimientos acerca de la Malaria	Preguntas abiertas en entrevista: transmisión, tratamiento y prevención	Relatos
Percepción de la Malaria en su mundo mágico	Relación con los espíritus, Rituales, Relación con el Médico, Muerte	Relatos

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Consideraciones Éticas

El criterio de selección de la muestra se basó en los aspectos legales exigidos por el Comité Regional de Ética de la Dirección Regional de Salud en Amazonas; además de la Ley Orgánica de Protección al Niño y Adolescente: mayores de 19 años de edad, por tratarse de una muestra no probabilística de voluntarios, previo consentimiento informado.

Los chamanes y jefes de grupo, aceptaron que la población general interviniera en las primeras preguntas de la encuesta epidemiológica durante el período 2007-2010, limitando su intervención en la entrevista, siendo estas preguntas contestadas solo por estos líderes comunitarios, donde por el idioma, la participación de un nuevo liderazgo, jóvenes con amplia actividad política, se encargaban de la traducción, cuando era necesario.

La entrevista se realizó de manera anónima para proteger la identidad y respuestas facilitadas, y la base de datos solo fue utilizada por el investigador.

Nivel de Investigación

Debido a los objetivos planteados y alcance de los resultados, se encuadró en un tipo de investigación descriptiva y transversal. Según Canales y Pineda (2000), es descriptiva porque está dirigida a estudiar la situación de las variables, ¿cómo es o cómo está? (55).

Los estudios descriptivos evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno. Por otra parte, la investigación es transversal porque se realizó a una sola observación en un tiempo único con una única toma de datos, administrándose la encuesta epidemiológica y la entrevista en una sola oportunidad (56).

El presente estudio está basado en un diseño no experimental de campo, debido a que no hay manipulación de las variables, los sujetos son observados en su entorno natural, para después analizarlos, con una estrategia cuantitativa desarrollada a través de una encuesta y una cualitativa, aplicada a los chamanes y jefes de grupo a través de la entrevista. De esta forma, no se construye situación alguna, sino solo se observan las situaciones existentes, la realidad.

Arias establece que ñen el estudio de campo, se recolectan datos directamente de la realidad, donde ocurren los hechos, sin control ni manipulación de las variables por parte del investigadorö (57).

Población y Muestra

Vélez Restrepo establece que el sujeto ñes un actor, un protagonista y un constructor de la realidadö (59). Considerando que los problemas de investigación, ñson entidades que hemos construido y no se encuentran allí en la realidad sino que se encarnan en los sujetos, y es con ellos que debemos relacionarnos con la finalidad de comprenderlosö (60).

El universo para la investigación de campo estuvo constituido por 784 pobladores, de los cuales se tomó una muestra no probabilística de 257 adultos mayores de 19 años.

La muestra no probabilística estuvo basada ñen la toma de decisiones de una, varias persona o de otras circunstancias, no dependiendo de la probabilidadö (61). Un primer grupo de la población que conformó la muestra de 257 adultos mayores de 19 años de edad, quienes fueron permitidos por el Jefe de Grupo y el Chamán para la encuesta socio-epidemiológica utilizada por el grupo de investigadores de la Organización Mundial de la Salud, dirigidos por el Prof. Héctor Riffá, la cual ha sido utilizada para tal fin en comunidades indígenas de Camboya, Asia (62), con el fin de indagar las características en estudio. Y un segundo grupo conformado solo por los Jefes de Grupo y Chamanes de cada

da, quienes respondieron las preguntas abiertas de la entrevista realizada, también basada en la experiencia del Prof. Riffá.

Criterios de Inclusión: El criterio de selección de la muestra se basó en los aspectos legales exigidos por el Comité Regional de Ética de la Dirección Regional de Salud en Amazonas y de la Ley Orgánica de Protección al Niño y Adolescente: mayores de 19 años de edad, además de tratarse de una muestra no probabilística de voluntarios, previo consentimiento informado. A su vez, los chamanes y jefes de grupo solo aprobaron la participación de ellos en la entrevista.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista a los chamanes y jefes de grupo, y como instrumento se utilizó la encuesta epidemiológica aplicada a comunidades indígenas de áreas endémicas maláricas en Camboya, diseñada por el Prof. Héctor Riffá, y adaptada para estas comunidades indígenas.

Con respecto a la validez, la encuesta fue validada a través del juicio de tres expertos externos al estudio, lo que Hernández *et al* denominan òla validez del contenidoö (58). Este juicio consistió en la evaluación de la pertinencia, coherencia y redacción de los ítems que componen el instrumento para lograr una mayor aproximación a las características de los objetivos de la investigación.

Técnicas de análisis estadístico

Los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencias con análisis descriptivo (porcentajes, promedios, desviación estándar) y gráficos. Para el análisis de correlación de datos se utilizó el Test de Proporción asumiendo un nivel de significancia menor al 5% ($P < 0,05$) y la Prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas, utilizando el programa STATISTIX 8.1.

En el caso de las preguntas abiertas realizadas a los jefes de grupo y chamanes, se presentan cada una de las mismas, por tratarse de solo siete



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

e el período 2007 al 2010, pertenecientes al Alto

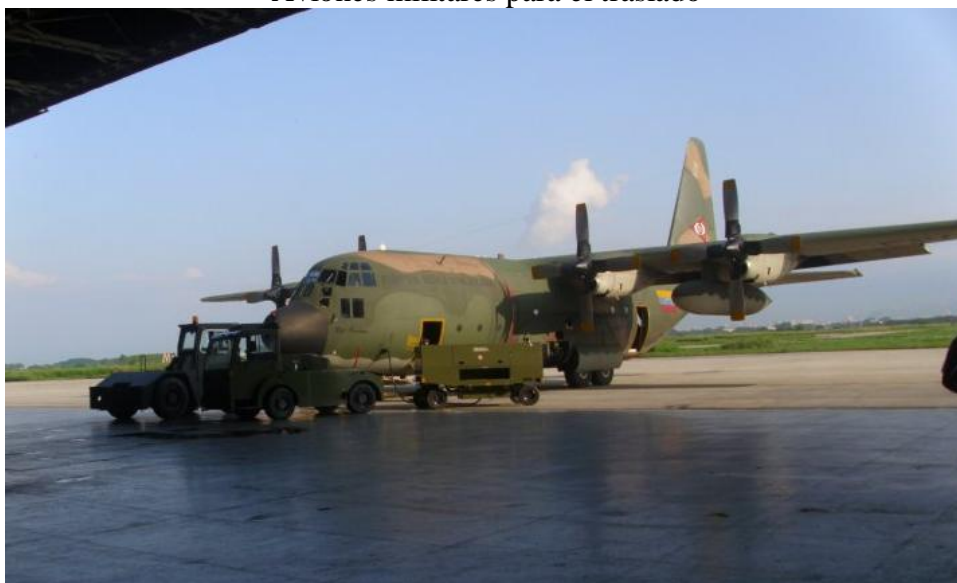
Orinoco, Venezuela.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación de los Resultados

Figura 8
Aviones militares para el traslado



Fuente: Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

Se realizaron visitas al área en estudio durante el mes de agosto de los años 2007 al 2010, siendo trasladados por avión Hércules de la Fuerza Aérea Bolivariana de Venezuela, partiendo desde la Base Aérea de Maracay, estado Aragua, hasta la Base Aérea de Puerto Ayacucho, estado Amazonas con una duración de dos horas. Posteriormente, sin desembarcar, desde Puerto Ayacucho, hasta la Base Aérea ubicada en La Esmeralda, Municipio Autónomo Amazonas, estado Amazonas, con una duración de una hora y cincuenta minutos aproximadamente.

Figura 9

Integrantes del Proyecto *Todos por la Vida*

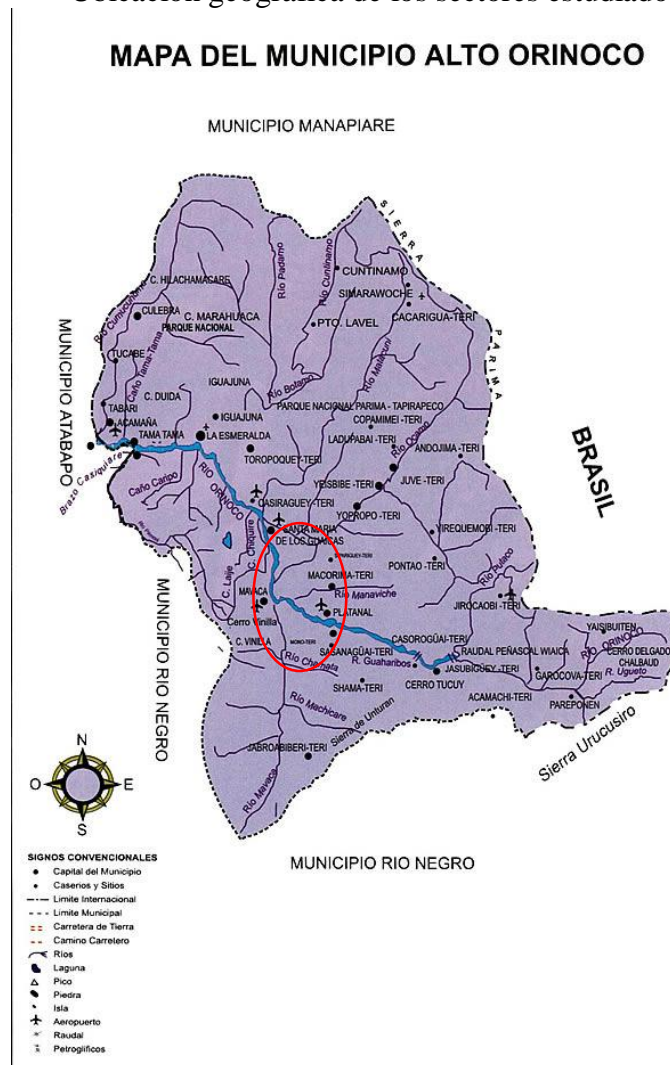


Fuente: Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

El grupo de personas participantes varió entre cincuenta a sesenta personas, quienes forman parte del Proyecto *Todos por la Vida* de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo; recibiendo entrenamiento para la aplicación de las encuestas epidemiológicas, además participaron en la atención médica-odontológica integral que se realizó en cada una de las comunidades visitadas. Desde La Esmeralda, se tomaron embarcaciones para llegar por vía fluvial a las localidades, variando el trayecto entre tres a doce horas, sin lluvia.

Figura 10
Ubicación geográfica de los sectores estudiados



Fuente: Portal de la Gobernación del estado Amazonas.

Disponible: http://www.amazonas.gob.ve/galeria_fotos/

Interpretación:

Las comunidades visitadas fueron escogidas aleatoriamente a diferentes distancias del centro poblado La Esmeralda, entre los sectores de Ocamo, Mavaca y Mavaquita, desde las más cercanas a las más distantes, respectivamente.

Cuadro 1

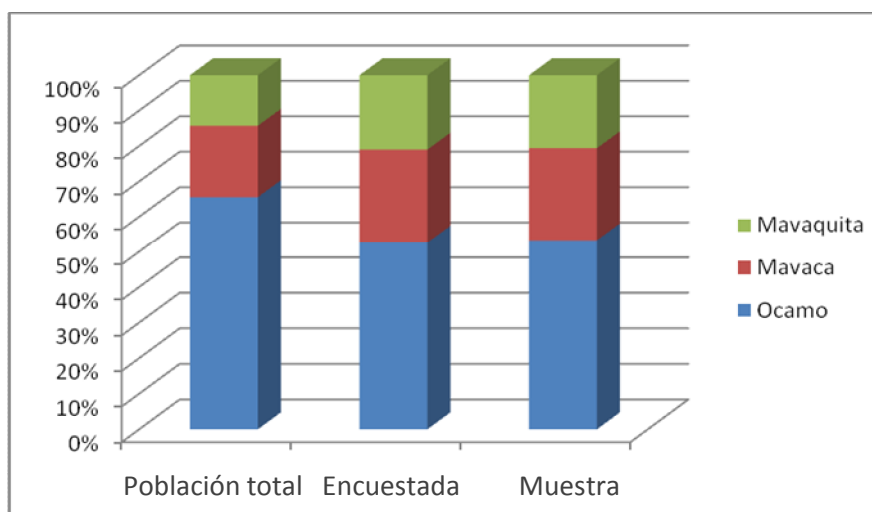
Distribución Porcentual de las Respuestas de los individuos según el **sector comunitario**. Comunidades Indígenas Yanomami del Alto Orinoco, Amazonas, Venezuela. 2007-2010

Sectores Comunitarios	Población Total	Población Censada	%	Población Estudiada	%
Ocamo	514	238	46	137	58
Mavaca	158	119	75	67	31
Mavaquita	112	95	85	53	56

Fuente: Encuesta Epidemiológica Aplicada por Loaiza, L. (2010).

Figura 11

Distribución Porcentual de las Respuestas de los individuos según el **sector comunitario**. Comunidades Indígenas Yanomami del Alto Orinoco, Amazonas, Venezuela. 2007-2010

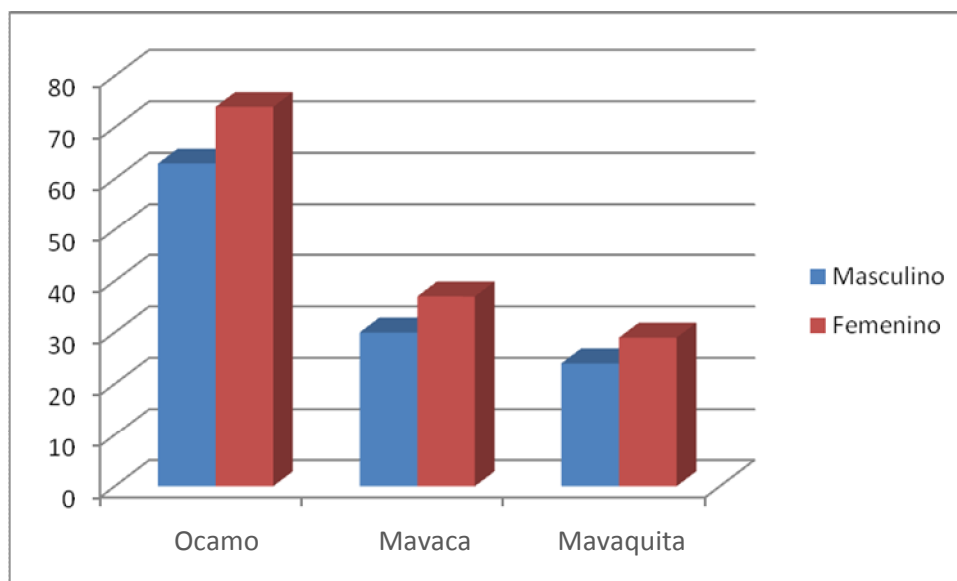


Fuente: Cuadro 1.

Interpretación:

Un total de 452 individuos fueron censados (58% del total de la población de las comunidades visitadas), de las cuales 257 pobladores que resultaron mayores de 19 años fueron entrevistados, 31% del total de las comunidades del sector Mavaca, 56% del total de las comunidades del sector Mavaquita y 58% del sector Ocamo (Cuadro 1).

Figura 12
 Distribución Porcentual según **Género** de las Comunidades Indígenas Yanomami
 Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007- 2010

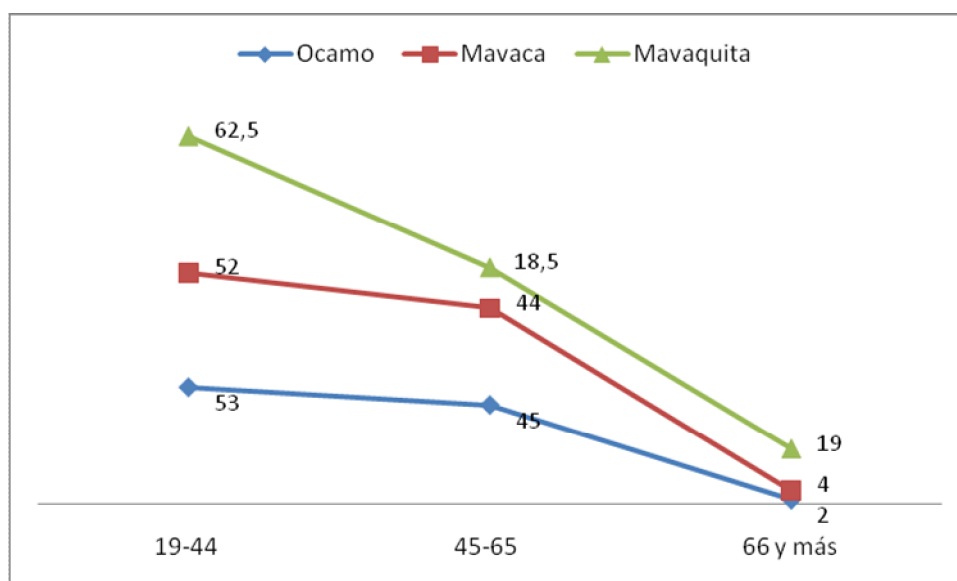


Fuente: Encuesta Epidemiológica Aplicada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

Del total de yanomami encuestados, el 55% fueron hembras y 45% varones no existiendo diferencias estadísticamente significativas de género ($Z: 0.02$, $P=0.4915$).

Figura 13
 Distribución Porcentual según la **Edad** de las Comunidades Indígenas Yanomami.
 Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010



Fuente: Encuesta Epidemiológica Aplicada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

En cuanto a la edad, el grupo de jóvenes entre 19 y 44 años, predominó en las 7 comunidades estudiadas, pertenecientes a los tres sectores comunitarios Yanomami de Ocamo, Mavaca y Mavaquita, con promedios entre 55.8%.

Figura 14
Distribución Porcentual sobre el **Reconocimiento de la Malaria como
enfermedad shawara**. Comunidades Yanomami. Alto Orinoco, Estado
Amazonas. Venezuela 2007-2010



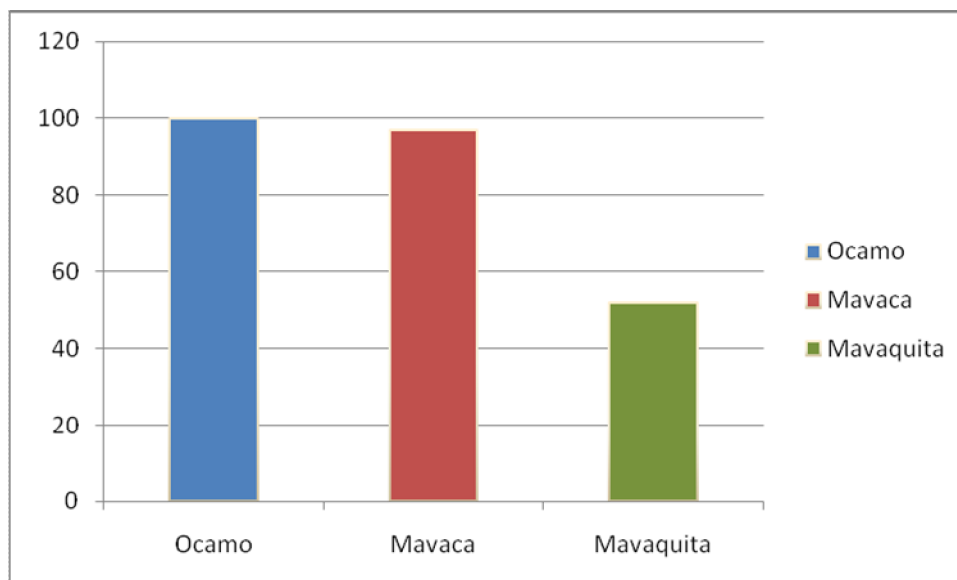
Fuente: Encuesta Epidemiológica Aplicada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

El 100% de los Yanomami que habitan en las comunidades ubicadas en los tres sectores en estudio (Ocamo, Mavaca y Mavaquita), reconocen a la Malaria como una enfermedad *shawara*.

Figura 15

Distribución Porcentual sobre el **Conocimiento de la transmisión de la Malaria** en comunidades Yanomami. Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010



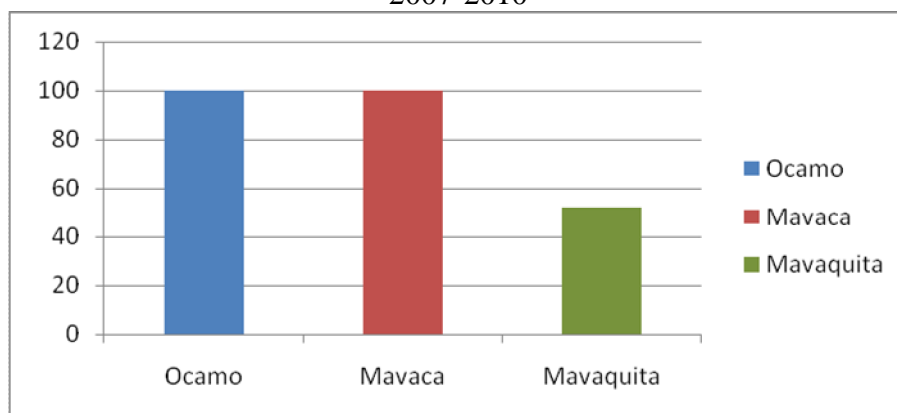
Fuente: Encuesta Epidemiológica Aplicada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

Al analizar el conocimiento que los encuestados tienen en relación a la trasmisión de la malaria, se agruparon por grupos de comunidades, encontrándose que el 100% de los que habitan en el sector Ocamo reconocen la picadura del mosquito para adquirir la enfermedad, el 97% del sector Mavaca y el 52% del sector Mavaquita.

Figura 16

Distribución Porcentual sobre el **Uso del Mosquitero** en la prevención de la Malaria por la etnia Yanomami. Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010



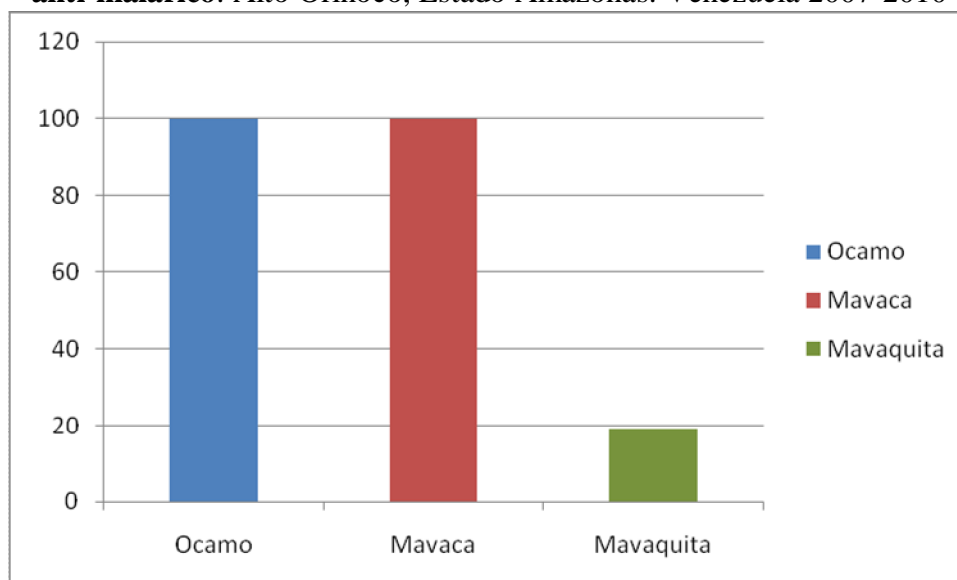
Fuente: Encuesta Epidemiológica Aplicada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

Los resultados obtenidos al preguntar acerca del uso del mosquitero como forma de prevenir la malaria, los resultados obtenidos fueron muy semejantes a los obtenidos acerca de la transmisión por picadura de mosquito. Así, el 100% de los que habitan en el sector Ocamo y Mavaca reconocen la picadura del mosquito para adquirir la enfermedad y manteniéndose el 52% en el sector Mavaquita.

Figura 17

Distribución Porcentual sobre la **Búsqueda y cumplimiento del tratamiento anti-malárico**. Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010



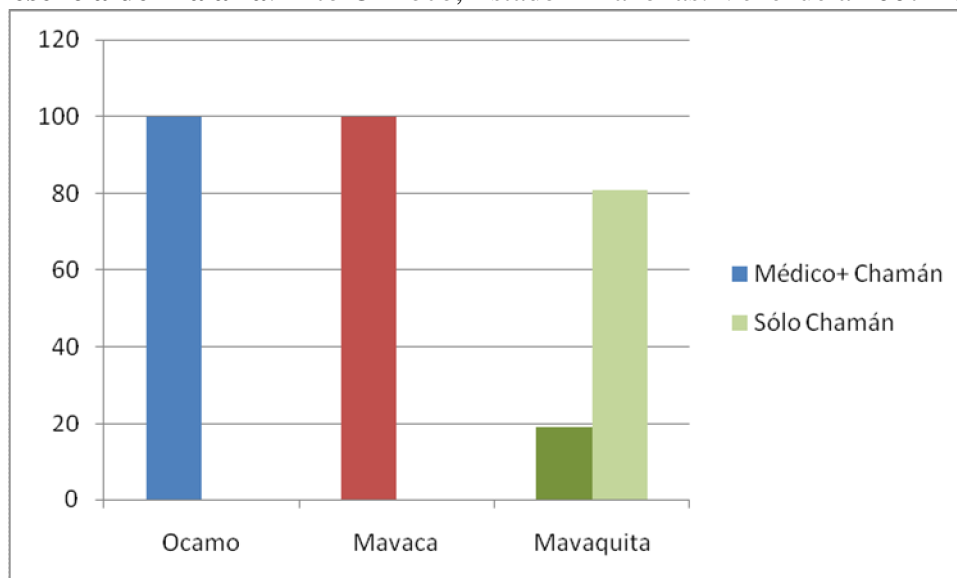
Fuente: Encuesta Epidemiológica Aplicada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

El 19% de los yanomami de las comunidades del sector Mavaquita consideran que buscan y cumplen con el tratamiento anti-malárico del Ministerio de Salud de Venezuela, mientras que el 100% de los yanomami de los sectores Ocamo y Mavaca lo buscan y cumplen. Es de hacer resaltar que las comunidades estudiadas de Ocamo y Mavaca cuentan con ambulatorios, mientras que los yanomami de Mavaquita deben trasladarse río abajo para adquirirlo.

Figura 18

Distribución Porcentual sobre la **Intervención del médico y del chamán ante la presencia de Malaria**. Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010



Fuente: Encuesta Epidemiológica Aplicada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

El 100% de los Yanomami que habitan comunidades ubicadas en los sectores Ocamo y Mavaca consideran que deben intervenir tanto el médico como el chamán ante la presencia de un caso de malaria y ninguno consideró la intervención exclusiva del chamán. En Mavaquita, el 19% consideró que deben intervenir el médico y el chamán y el 81% que debe ser solo el chamán.

Cuadro 2

Reconocimiento de la malaria como una enfermedad (shawara). Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007-2010

Sectores Comunitarios	Chamán		Jefe de Grupo	
	Nro	Si	Nro	Si
Ocamo	2	2	2	2
Mavaca	3	3	3	3
Mavaquita	2	2	2	2

Fuente: Entrevista Realizada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

Al realizar la entrevista a los chamanes, jefes de grupo y a los auxiliares de medicina simplificada que existen en los sectores estudiados, el 100% de los mismo reconocen a la Malaria como una enfermedad *shawara*, aceptando la intervención del hombre criollo (médico, auxiliar de enfermería) para la administración de medicamentos manufacturados conjuntamente con el chamán de la comunidad y sus plantas medicinales *hëri*. Los auxiliares de medicina simplificada se encuentra únicamente en los ambulatorios del sector Ocamo y en el sector Mavaca, pertenece uno a un ambulatorio y el otro es un yanomami entrenado para el diagnóstico parasitológico de la malaria en otra comunidad de Mavaca. Las comunidades visitadas del sector Mavaquita no cuentan con estos auxiliares.

Cuadro 3

Intervención de los espíritus en individuos en la evolución de la Malaria.
 Alto Orinoco, Estado Amazonas. Venezuela 2007

Sectores Comunitarios	Chamán		Jefe de Grupo	
	Nro	Si	Nro	Si
Ocamo	2	2	2	2
Mavaca	3	3	3	3
Mavaquita	2	2	2	2

Fuente: Entrevista Realizada por Loaiza, L. (2010).

Interpretación:

En relación a la intervención de los espíritus en la evolución de la Malaria, fue permitida la participación únicamente chamanes y jefes de grupo, quienes en un 100% opinan que los espíritus intervienen en la evolución de los yanomami con malaria si evolucionan con complicaciones, hacia la gravedad y hasta la muerte, ya que fue enviado un espíritu malo para ello. Informaron que además de las medicina del criollo, los rituales de los chamanes se intensifican con sustancia *wayu*, que afectan no solo al cuerpo sino al espíritu (psiquis) y participa el resto de la comunidad a fin lograr la recuperación de la sombra *noreshi* del enfermo. En las entrevistas (Anexo 5Bö) se redactan algunas diferencias acerca de la actuación de los chamanes en las comunidades pertenecientes a Mavaquita, algo diferentes a los sectores Ocamo y Mavaca.

Figura 19

Resultados según la perspectiva de Wilber

INTERIOR INDIVIDUAL	EXTERNO INDIVIDUAL
<p>Jefes de grupo y chamanes entrevistados</p> <p>Malaria es shawara: 100%</p> <p>Malaria transmite por picada mosquito: Ocamo y Mavaca: 100% Mavaquita: 50%</p> <p>Prevención con el uso de mosquitero: Ocamo y Mavaca: 100% Mavaquita: 50%</p> <p>Intervención del médico+chamán: Ocamo y Mavaca: 100% Mavaquita: 50%</p> <p>Intervención solo del chamán: Ocamo y Mavaca: 0% Mavaquita: 50%</p> <p>Tratamiento antimalárico: Ocamo y Mavaca: 100% Mavaquita: 50%</p> <p>Intervención de los espíritus: 100% en la evolución de la enfermedad</p> <p>Recuperación del noreshi: 100%</p> <p>Práctica de ritual para protección de la comunidad: 100%</p> <p>Quema del shapono y traslado a otra área ante epidemia: Ocamo: 0% Mavaca: 33% Mavaquita: 100%</p>	<p>Indígenas encuestados</p> <p>Total: 257</p> <p>Género: Femenino: 55% Masculino: 45%</p> <p>Edad: 55.8 % entre 19 y 44 años</p> <p>Malaria transmite por picada mosquito: Ocamo: 100% Mavaca: 97% Mavaquita: 52%</p> <p>Prevención con el uso de mosquitero: Ocamo y Mavaca: 100% Mavaquita: 52%</p> <p>Tratamiento antimalárico: Ocamo y Mavaca: 100% Mavaquita: 19%</p>
INTERIOR COLECTIVO	EXTERIOR COLECTIVO
<p>Indígenas encuestados y observaciones</p> <p>Total: 257</p> <p>Malaria es una shawara: 100%</p> <p>Vivienda: Ocamo: shapono, viviendas de palmas y viviendas de bloque con Mavaca: Mavaquita: solo shapono</p>	<p>Sistema de Salud</p> <p>Legislación Misiones</p> <p>Presencia de ambulatorio: Ocamo: 100% Mavaca: 33% Mavaquita: 0%</p> <p>Legislación: MPPPS, CAICET Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas</p> <p>Misiones políticas: Misión Dignidad Indígena Misión Che Guevara</p> <p>Misiones evangelizadoras: Católicas: Salesianas Cristianas: Proyecto Etno de Venezuela</p>

Fuente: Encuesta Epidemiológica y Entrevista Realizadas por Loaiza, L. (2010).

Interpretación.

Siguiendo a Ken Wilber, existen cuatro categorías de análisis, en el cuadrante superior izquierdo se ubican los relatos de los informantes claves, en este caso los chamanes y jefes de grupo, durante las entrevistas, quienes también formaron parte de los resultados de la encuesta epidemiológica. En el cuadrante inferior izquierdo, interior del ser humano como individuo, se presenta la información suministrada por el 100% de los individuos estudiados, el cuadrante superior derecho presenta lo objetivo obtenido a través de la encuesta epidemiológica y el cuadrante inferior derecho enmarca lo social, la legislación actual, la estructura del Ministerio Popular para la Salud, Misiones Políticas actuales y las Misiones evangelizadoras.

Por último, los chamanes y jefes de grupo o linaje locales expresaron relatos que relacionan el pasado, con la trayectoria social de los relatores, con sus experiencias personales y colectivas acerca del pueblo yanomami en relación a la malaria, que no fueron considerados como *mitos* sino como narrativas locales que enriquecen el conocimiento científico realista, los cuales se presentan a continuación:

Sector Mavaquita:

Chamán 1 y Jefe de Familia o Linaje 1: Plantearon que se realizara la entrevista juntosí inicia el chamán expresando òYanomami es gente y tú no, tú eres esoí Yanomami tenemos grandes tierras que ustedes vienen y vienen, y se van ... en estas tierras, el *hei kä misi*. En presencia de los ancianosí prosigue el chamán óí El alma de todos los ancianos de este *shapono* irán al *hedu kä misi* porque son bondadososí mientras miraba hacia el cieloí ..ö El jefe de grupo agrega òtenemos familia en *shaponoí* .tú no tienes esoí ö Ambos se referían al *hei kä misi* y a la convivencia familiar del *shapono*. Continuó relatando el jefe de grupo óí que en el *hei kä misi* hay *shawara*, enfermedades como la malaria que tú me preguntas, esa enfermedad le da a muchos aquí, a niños, ancianosí a todosö. El chamán retoma la palabra y expresa òsi *shawara*, les da fiebre si

mita *suhai* algunos se sienten muy mal, *prisiprisimou*í .con lluvia hay malariaí los mosquitos pican pero no traen malaria, mosquiteros no aleja malaria ni espíritus malos..., mientras el Jefe de grupo asentaba la cabeza como aprobando lo expresado, continuando el chamán í Cuando hay enfermo con malaria, yo danzo alrededor del enfermo hasta sacar el espíritu que no ayuda a que se vaya la malariaí .ö El jefe de grupo expresa òlos espíritus de la luna y el tigre, ayudan al chamání y las mujeres también bailan para que *noreshi* del enfermo regreseí medicinas de ustedes curan la *shawara* malaria pero aquí no hay medicinasí .ö, el chamán dice òel espíritu malo está en contra de todosí de las familiasí . *noreshi* se va lejos y no sale el espíritu malo, con otros chamanes hacemos mas danzasí rituales para invocar mas espíritus buenos, si no mejoraí chamán le dice al jefe de grupo que hay que quemar *shapono* y mudar a las familias para el *shapono* del cultivo hasta hacer otro *shapono*í el espíritu malo sigue cerca y no seguirá la brujería guerrera y habrá menos gente en el *shapono*í ö. El jefe de grupo dice tratamos primero con *hëri* y si no mejora el chamán se transforma en espíritu *hekura*, para la cura real del cuerpo y el almaí unos blancos trajeron medicinas para malaria y los colocamos cerca del niño y no mejoróí .después regresaron los blancos y dieron que teníamos que dar por la bocaí las medicinas están muy lejos, no usamosí ö

Jefe de Grupo 2: Convoca a los ancianos e inicia la entrevista diciendo òhombres blancos nos visitan porque el quieren fotos con nosotros y el *shapono*í nosotros no tomamos fotos porque el *noreshi*, la sombra del yanomami, se la llevaní .. el *noreshi* vence a los pequeños demonios de la Malaria (al parásito) u otra enfermedad *shawara*. Continúa relatando mirando a lo lejosí cuando la familia se enferma de Malaria porque tiene *si saihou* (fiebre) y *prisiprisimou* (tiembla mucho)í voy a buscar medicina en ambulatorio de Mavaquita, si está el médico o el enfermero, yanomami de Mavaquita me lo da y viene al *shapono* a sacar la sangre del enfermo y de otrosí .a veces da medicina para todos *shapono*, que toman pero los niños noí los niños da *suhai* (vómitos)..na dar, el chamán dice dar *hëri* (planta medicinal)í .el jefe de grupo dice òchamán cura malaria con medicina de Mavaquita, chamán cuida a las familias de espíritus malosí cuida que se vayan rápido del *shapono*í ..si malaria

nos shapono y nos mudamos para el cultivoö
 õí shawara por picadura de mosquitoí si la familia mosquitero y ropái no pica
 mosquito y no da malaria, los blancos no dan mas mosquiterosö.

Chamán 2: Inicia expresando òjefe de grupo te dice lo que hace el
 yanomami por su familia por la malariaí esa *shawara* la trajo el hombre blanco
 como tú y no se va, la trajo con humo de motores de chalanas (lanchas) y humo de
shami de ambulatorio Mavaquitaö õí cuando malaria llegaí si quema, si hay
 mucho humoí los mosquitos van al shapono y pican a la familiaöí .continúa el
 chamán òlos mosquiteros solo para no picar los mosquitosí los mosquiteros no
 sirven para los espíritusí .si el espíritu malo viene porque da malariaí hay que
 sacarlo y que las mujeres busquen el *noreshi* (sombra)õí Me mira fijamente a los
 ojos y expresa òhombres blancos no entiendenõí .le dije..öyo quiero conocerö.
 õí tú quieres conocer porque eres médico que viene a traer medicinas y comida a
 yanomamíí te vi antes, trae mosquiteros para nosotrosõí öcuando yanomami
 tiene malariaí quemamos *yopo* y los *hekura* ayudan a sacar el espíritu maloö.
 Posteriormente al preguntarle sobre la actuación del médico y el uso de
 antimaláricos dice òjefe de grupo baja a Mavaquita por medicinas y damos
 medicina, sacan sangre del dedo o de la orejaí y sacamos espírituõí como
 queremos que toda la familia esté bien para tener conuco, pescarí si enferman
 varios yanomami y algunos jóvenes muerení quemamos shapono y nos vamos a
 otro shapono, que hacemosõí í í öcuando enfermo empeora, todas las mujeres
 lloran y los chamanes llamamos más a los espíritus buenos..si muereí todos
 lloran y la madre o las esposas le hablan por última vezí después quemamosí y
 no decimos más su nombre í ..ö

Sector Mavaca:

Jefe de grupo y Chamán 3: En presencia de los ancianos, el jefe de grupo y
 el chamán inicia una conversación donde todos opinabaní .el jefe expresa òlos
 blancos vienen a estudiar shawara en el shapono, también llevan animales y
 mosquitosí .nosotros queremos saber qué buscan blancos ahora?ö....se le explicó
 el estudio y que paralelamente se realizaría operativo de salud (medicina,
 odontología, y exámenes de sangre y heces para quienes necesitaran si ellos

tre ellos e informaron que estaban de acuerdo con operativo porque niños necesitaban medicinas para *kohoromi* (parásitos intestinales) ..pero que heces no, no se da heces a los blancosö öí .y odontología, solo sacar no arreglarí arreglar no sirve, siempre duele *pei naki* (dientes), solo sacarö. Se inicia la conversación de la malaria..y el jefe informa con la aprobación de todosí malaria es shawara, pica mosquito y da malariaí esos mosquitos traen pequeños espíritus malos de la malariaöí ..agrega el chamán öí espíritus pequeños son mandados por otra persona, por otro chamán y da *si sāihōu* (escalofríos), *yopri* (fiebre)í ö el jefe de familia y los ancianos agregan ötambién da *hurapi* (dolor a nivel del bazo), *kamishi yoruu* (nauseas) í y *suhai* (vómitos)öí .ancianos expresan öí yanomami con malaria no trabajaí .queda acostado en chinchorro y ponemos mosquiteroöí .el jefe de grupo agrega öí ponemos mosquitero a enfermo y a niños para no picar los mosquitosí no ponemos a otros porque tenemos pocos mosquiterosí necesitamos mosquiteros para todas las familiasí .así lo usamos siempreö. El Chamán interviene y expresa ömosquitero deja que espíritus lleguení mosquitero no deja que pique mosquitoí öí los ancianos y el jefe del grupo apoyan lo que dijo el chamán. Prosigue el jefe de grupo que el yanomami auxiliar de medicina simplificada toma la sangre y ve en el microscopioí .que al ver malaria da la medicina al enfermo y a las familias, y el chamán también lo curaö. Sigue relatando öí .si el enfermo no mejora, el yanomami auxiliar de enfermería busca al médico de ambulatorio de Mavaca y el chamán aumenta rituales para sacar el espíritu malo y con las mujeres para buscar el *noreshi* (la sombra del enfermo)í ö Relatan los ancianos que en otro tiempo, al chamán de otro shapono envió muchos espíritus malos a estas familias, enfermaron muchosí .mucha fiebre, mucha diarrea, vómitos y se pusieron amarillosí .no había ambulatorio en Mavacái entonces murieron muchosí quemaron shapono y se mudaron lejosöí .prosigue otro anciano öcuando mejoramos los hombres guerrerosí regresamos a esas tierras y hubo guerra y el chamání .mandó espíritus malos a ellos y murieroní .ö Los ancianos expresaní nosotros morimos porque estamos cansados y no trabajamos, los otros no muerení ö El chamán interviene expresando öyo protejo a las familias con espíritus buenos, la luna me ayudaöí .El jefe de familia expresa öviene blanco

enfermos y no deja medicinasí ., yo busco las
medicinas con el yanomami auxiliar de medicina simplificadaí ..ö

Jefe de Grupo 4: En esta comunidad existe un shapono y una vivienda de paredes de bloques y techo de acerolic simulando un shaponoö que aún no ha sido finalizada; no escuela ni ambulatorio. El jefe de grupo dice òlos mosquitos traen la malaria a las familias, pican a yanomami y da malariaí tenemos pocos mosquiterosí .para tratar la malaria, el yanomami enfermero da las medicinas y saca la sangre, también busca más medicinas en Mavaca para dar medicinas a las familiasí también damos mucha agua y *hëri* (plantas medicinales)í el chamán ve al enfermo y saca al espíritu maloí protege a todas las familias de ese espírituö í ahora con esta casa que está haciendo Chávez, no podemos quemar shapono ni mudará , antes si quemamosö. Señala öbusco con el yanomami enfermero más medicinas en La Esmeralda y el chamán hace más ritual para que los espíritus no entren y así quedarnosí .ö

Chamán 4: Dice ões shawara..la malaria es shawara; buscamos medicinas de los médicos de Mavaca y saco el espíritu malo al enfermoí ., le colocamos mosquitero al enfermo y a todos los que tengan mosquiteros, los mosquiteros los usamos todas las noches, pero faltan mosquiterosö Continúa òlos espíritus buenos ayudan que el espíritu malo no haga daño a los otros..espíritus enviados por otros chamanesö. Prosigue õcon las medicinas se termina la fiebre *yopri* (fiebre), *kamishi yoruu* (nauseas) í y *suhai* (vómitos)öí .si empeoran *prisiprisimou*, es porque los espíritus malos siguen y el *noreshi* (sombra) hay que buscarlo con las mujeres ö. õAntes quemamos shapono pero ahora vamos a tener casa para todas las familias, en esa casa pican los mosquitos, necesitamos mosquiterosí invoco a los espíritus buenos para que protejan a todas las familias de espíritus malos, protejan en shapono y en casaö.

Jefe de Grupo 5: En esta comunidad hay una casa de estilo shapono de paredes de bloques y techo de acerolic, deshabitada; hay ambulatorio con auxiliar de medicina simplificada y sin escuela y el shapono. Inicia í las familias conocemos que malaria es shawara, que mosquito pica a un enfermo malaria y si pica a todos los del shapono y otras casas le da malaria, si hay mosquitero no

nosquiterosí ..el tratamiento lo da el enfermero yanomami, al enfermo y todos, si no hay suficiente tratamiento buscamos en Mavacaí el enfermero saca la sangre y ve en el microscopio la malariaö. Continúa öí el chamán llama a los espíritus buenos para proteger a las familias del espíritu malo y saca al espíritu malo del enfermoö öí si muere fue que el espíritu malo no salió y perdió a su *noreshi* öí antes los yanomami queman shapono y van a otro lugar pero las casas no podemos quemarí pedimos un ambulatorio mejor y una escuela para aquíöí ..öen la escuela enseñan a los niños de las *shawaras* como malaria, *horema* (parasitosis)í y a hablar españolí los niños van a la otra escuela en Mavaca pero si llueve no vaní queremos escuela aquíö.

Chamán 5: Inicia diciendo öescuché lo que habló con jefe de grupoí .malaria es shawara, pica mosquito y da malaria í .si tiene malaria hay que sacar espíritu malo de su cuerpo y dar medicina de malariaí el *noreshö* no se puede alejar del enfermoí ö Continúa öí lluvias trae mosquito y malariaí chamán hace rituales difíciles de entender por ti porque no conoces a los espíritus í . Si el espíritu malo no sale, el enfermo muereí ö Mirando hacia el río expresa öí yanomami noble va al *hedu kä misi* (lugar parecido a la tierra, donde todos son felices), pero no es bondadoso se va al *hei tä bebi* (lugar donde van los no bondadosos)í ..chamán tiene que proteger a todos, quemar shapono no evita espíritus malos, tampoco mosquiterosí mosquiteros no deja que mosquitos piquen, no da malariaí faltan mosquiterosö öí yanomami necesita escuela, ambulatorio, mosquiteros y lancha como en Ocamoí estamos pidiendo al gobernador, el alcalde no daö.

Sector Ocamo:

Jefe de Grupo y Chamán 6: Esta comunidad cuenta con escuela con dos aulas, un ambulatorio rural tipo I (con auxiliar de medicina simplificada), una cancha para futbol y una especie de espacio techado abierto para reuniones y misa. Además del shapono donde habitan como 8 familias, hay 3 casas de palma donde vive en una el chamán, en otra el yanomami joven y fuerte con sus dos esposas, y en la otra el promotor comunal, que es el mismo auxiliar de medicina

una casa de paredes de bloques y techo de acerolic con un televisor de amplio formato, un DVD y una pequeña planta eléctrica, donde vive el jefe de grupo. Esta planta de día funcionaba en el ambulatorio para la electricidad del microscopio y sirvió para las actividades odontológicas que cumplimos, siendo trasladada a las 5 de la tarde a la casa del jefe de grupo, donde se reúne toda la comunidad a ver videos de la Revolución Cubana, de Fidel Castro, del Ché Guevara y del actual Presidente de la Repúblicaí se repetían los videos a diario con una duración de una hora y media a dos horas, luego colocan videos musicales de ballenato colombiano vistos solo por los niños y jóvenes con mucha atención.

El auxiliar de medicina simplificada, quien habla perfectamente el español nos expresa que el jefe de grupo autoriza la entrevista junto con el chamán, el promotor comunal y él. Así se iniciaí .. òel auxiliar de medicina dice que la malaria es una enfermedad causada por un parásito y transmitida por mosquitos anofelinos, que pican de noche y amaneciendo por lo que hay que dormir con mosquiteros tanto en el shapono como en las casasöí .el jefe de grupo expresa öí estar de acuerdo con lo que diceöí .el promotor comunal expresaí õustedes van a dejar mosquiteros o van a pedir mosquiteros para nosotrosí yo pedí mosquiteros en la Esmeralda y en Puerto Ayacucho, el gobernador va a dar mosquiteros y franelas de Chávez para todos nosotros, junto con las cédulas de identidad para votaröí .el jefe de grupo expresa öí si pueblo yanomami vota, tendrá más cosas buenasí lancha con motor, armas para cacería, otra planta eléctricaí .ö Se les explica nuevamente que no venimos enviados por la gobernación ni cualquier otro ente oficial y que las medicinas y alimentos que traemos se lo donaron a la Universidad de Carabobo para llevarlo a ellos. Entoncesí siga preguntando dice el promotorí .El jefe de grupo toma la palabra y diceí õal yanomami con malaria le damos medicinas que tiene el ambulatorio y el chamán también le da medicinas y hace õconjuro??.ritual?..para sacar el espíritu malo; las mujeres buscan con el chamán el *noreshi* del enfermoí .si todos enferman no quemamos casasí ..ö El chamán expresa öí no quemamos shapono ni casas porque ahora tenemos casas de paredesí invocamos más espíritus buenos y danzamos más para que se alejení .para que se alejen los espíritus que hacen

...ö í . Dice el promotor comunalí . õves a esa yanomami con cara pintada de negro?...su hijo murió antes de ustedes llegarí esta noche hacemos la danza y quemamos su cuerpoí ustedes no pueden tomar sin permiso, las fotos valen dólaresí ..ö agregando el chamání öademás los niños y ancianos débiles pueden perder su almaí ö Finalizaron diciendo õustedes son bienvenidos, curan a la gente, solo sacan muelas, colocan vacunasí comen con la gente y se bañan en río, no pueden estar en ritual del muerto por picada de serpienteö.

Jefe de Grupo y Chamán 7: Esta localidad tiene escuela, ambulatorio tipo uno con auxiliar de medicina, tiene escuela, tienen dos lanchas del gobierno nacional, un puesto de venta de alimentos manufacturados y está a una hora de Ocamo. Hay un shapono donde viven los ancianos principalmente y que también sirve como depósito, tienen 3 casas construidas. Solicitan intervenir todos juntos en la entrevista, el jefe de grupo, el chamán, el promotor comunal y el auxiliar de medicina simplificada, hablando español. Expresaron el jefe de grupo y el promotor comunal vaya haciendo pregunta por pregunta y vemos si contestamos, porque el gobernador avisó que la Universidad de Carabobo no es revolucionaria y que atendiéramos pero vigilando porque solo pueden trabajar en medicina y odontología, no queremos que saquen sangre para laboratorio ni otro examenö. Se les informó nuevamente acerca de la investigación y de los aportes que podría brindar para mejorar los esquemas de prevención en el Amazonas de la Malaria, los resultados serán entregados a ustedes y al gobierno regional, no venimos a hacer política sino a atraer salud al pueblo yanomami, igual lo estamos haciendo en otras comunidades indígenas de los estados Bolívar, Delta Amacuro, Zulia, Apure, Táchira y Mérida. La tensión que existía fue bajando porque le solicitamos utilizar el dvd con el televisor para que observaran todo lo realizado en otras áreasí vieron el dvd y se les realizaron las preguntasí sin ellos agregando muy pocos comentarios a las mismas. Así respondieron que Malaria es una enfermedad, que es transmitida por mosquitos, que el uso de mosquiteros es lo mejor para prevenir, que deben tomar medicinas para malaria del ambulatorio, deben intervenir el médico y el chamán en el tratamiento, que el chamán no permite que se aleje el noreshi del enfermo, que si empeoro es porque no se fue el

protege a todas las familias y que ya no queman shapono ni casas porque ya hay vacunas para muchas enfermedadesö. Finalizaron la entrevista expresando que se pueden tomar fotos al río, al paisaje..pero para tomar fotos a la comunidad o a yanoamami debía autorizar el jefe de grupo o el promotor comunal con precios variados en dólaresí que conseguían aves (loros, etc) en tantos dólares y pusieron a la orden un establecimiento donde venden alimentos manufacturados para que compráramos.

Sosteniendo que todos los factores incluidos en los cuatro cuadrantes afectan la causa y prevención de la malaria, podemos observar que cada sector de comunidades del presente estudio en cada uno de los cuadrantes, tal como observamos en la siguiente tabla de los 4 cuadrantes de Ken Wilber, en relación a la ubicación geográfica y contacto con comunidades pobladas, así como los servicios con los que cuentan, se podrían analizar de la siguiente manera:

Yo I	Ello II
III Nosotros	IV Ellos

1er cuadrante	<p>Los jefes de linaje y chamanes de ambas comunidades reconocen a la malaria como una enfermedad o shawara.</p> <p>En la comunidad con más contacto con el ambulatorio de Mavaquita, reconocen la transmisión por mosquitos, la necesidad del uso del mosquitero para prevenir la malaria, el tratamiento antimalárico y la intervención del médico con el chamán en el tratamiento.</p> <p>Ambas comunidades consideran que la intervención de los espíritus está relacionada con la evolución de la enfermedad y con la búsqueda del <i>noreshi</i> del enfermo</p> <p>Relatan la visión de la vida del pueblo yanomami de los cuatro platos.</p>
2do cuadrante	<p>Prevalecen los individuos entre 19 y 44 años y no hay diferencias significativas en relación al género.</p> <p>La población encuestada considera que la malaria se transmite por picada de mosquito y el uso del mosquitero para prevenirla.</p> <p>Todos utilizan tratamiento antimalárico</p>
3er cuadrante	<p>Todas las familias habitan en el shapono</p> <p>Creen en el chamanismo en ambas comunidades y la religión católica. Relataron experiencias relacionadas a la vida y la muerte. Reconocen a la malaria como una enfermedad o shawara.</p> <p>Reconocen los rituales para la protección de todas las familias de los espíritus malos para que no se expanda la enfermedad y solo una comunidad, de las tres estidiadas, práctica la quema del shapono ante epidemias.</p> <p>Comunidades más cerradas ante la llegada de extraños, como tratando de preservar a las familias que viven en el shapono.</p> <p>Son tomados en cuenta los ancianos y no permiten tomar fotos por la pérdida del alma.</p>
4to cuadrante	<p>Comunidades sin servicios básicos, escuela ni atención en salud.</p> <p>Una de las comunidades no es visitada regularmente por médicos ni misioneros evangelizadoras ni políticas.</p> <p>Manejan el trueque.</p>

1er cuadrante	<p>Los jefes de linaje y chamanes de las tres comunidades reconocen a la malaria como una enfermedad o shawara. Reconocen la transmisión por mosquitos, la necesidad del uso del mosquitero para prevenir la malaria, el tratamiento antimalárico y la intervención del médico junto al chamán en el tratamiento.</p> <p>Consideran que la intervención de los espíritus está relacionada con la evolución de la enfermedad y con la búsqueda del <i>noreshi</i> del enfermo.</p> <p>Relatan detalles de la pérdida del <i>noreshi</i>, de espíritus y guerras del pasado, ayudados por ancianos, en dos de las tres comunidades, así como la visión de la vida y de la muerte según el pueblo yanomami (cuatro platos).</p>
2do cuadrante	<p>No hay diferencias significativas en relación al género y prevalecen individuos entre 19 y 44 años.</p> <p>La mitad de la población encuestada considera que la malaria se transmite por picada de mosquito y el uso del mosquitero para prevenir.</p> <p>Sólo el 19% utiliza tratamiento antimalárico.</p>
3er cuadrante	<p>Todas las familias habitan en el shapono.</p> <p>Creen en el chamanismo en ambas comunidades.</p> <p>Explicaron la vida de los cuatro platos del pueblo yanomami: la vida y la muerte.</p> <p>Reconocen a la malaria como una enfermedad o shawara.</p> <p>Reconocen los rituales para la protección de todas las familias de los espíritus malos para que no se expanda la enfermedad.</p> <p>Solo una comunidad de las tres estudiadas, práctica la quema del shapono ante epidemias.</p> <p>Comunidades antropológicamente cerradas ante la llegada de extraños, como resultado de exposición a riesgos sin recibir bienes en forma frecuente, estableciendo el tipo de tratamiento médico-odontológico que debíamos aplicar y no realizar exámenes de heces.</p> <p>Toman en cuenta a los ancianos.</p>
4to cuadrante	<p>Comunidades sin servicios básicos, una de ellas tiene escuela y ambulatorio rural tipo I con auxiliar de medicina simplificada.</p> <p>Aún mantienen la unidad de las familias en los shaponos; en una comunidad existe una vivienda de bloques y acerolic que utilizan para ver videos políticos, en la otra comunidad aún está en construcción.</p> <p>Comunidades visitadas regularmente por médicos y miembros de misiones evangelizadoras o políticas, y otros equipos de investigación que no han regresado con resultados.</p> <p>Se encuentran cedulados.</p> <p>Manejan más el trueque que la moneda nacional.</p>



1er cuadrante	<p>Los jefes de linaje y chamanes de ambas comunidades reconocen a la malaria como una enfermedad o shawara, al igual que los auxiliares de medicina simplificada y promotor comunal.</p> <p>Reconocen que la malaria es una enfermedad transmitida por mosquitos, en una comunidad aportaron mas detalles, que se debe utilizar mosquitero para prevenir, dar tratamiento antimalárico colectivo.</p> <p>Ambas comunidades consideran que la intervención de los espíritus está relacionada con la evolución de la enfermedad y con la búsqueda del <i>noreshi</i> del enfermo.</p> <p>Desde la llegada expresaron muy claramente las reglas que debíamos los investigadores cumplir en relación al operativo, a la utilización de cámaras fotográficas, y hasta visiones políticas.</p>
2do cuadrante	<p>Prevalecen los individuos entre 19 y 44 años y no hay diferencias significativas en relación al género.</p> <p>La población encuestada considera que la malaria se transmite por picada de mosquito, el uso del mosquitero para prevenirla y todos utilizan tratamiento antimalárico.</p>
3er cuadrante	<p>Todas las familias habitan en el shapono.</p> <p>Creen en el chamanismo en ambas comunidades.</p> <p>Explicaron la vida de los cuatro platos del pueblo yanomami: la vida y la muerte.</p> <p>Reconocen a la malaria como una enfermedad o shawara.</p> <p>Reconocen los rituales para la protección de todas las familias de los espíritus malos para que no se expanda la enfermedad y no están de acuerdo con la quema del shapono ante epidemias.</p> <p>No fueron tomados en cuenta los ancianos durante las entrevistas.</p> <p>Comunidades más cerradas ante la llegada de extraños, más por asuntos políticos regionales y nacionales que favorecen desde el punto de vista de bienes a las comunidades.</p> <p>Comercialización de actividades como tomar fotos.</p>
4to cuadrante	<p>Comunidades sin servicios básicos.</p> <p>Tienen escuela y atención en salud.</p> <p>Son visitados frecuentemente por médicos, misioneros católicos y políticos, existiendo hasta promotor comunal en una de ellas. Se encuentran cedulados.</p> <p>No ejercitan el trueque y en la comercialización, además de la moneda nacional, manejan el dólar americano.</p>

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Ken Wilber establece que todo fenómeno humano consta de cuatro facetas y no puede ser íntegramente comprendido si no se abordan las cuatro. El fundamento de estas cuatro vertientes de la realidad tiene que ver con los aspectos *exterior e interior* y sus formas *individuales y colectivas*: lo interior-individual, lo exterior-individual, lo interior-colectivo, o exterior-colectivo (21). Es por ello, que estos cuatro aspectos se estudiaron para comprender la visión de los Yanomami de la Malaria, según la ubicación y relación con el centro poblado criollo La Esmeralda, capital del Municipio Alto Orinoco, Amazonas, dividiéndose en tres grupos: dos comunidades del Sector Ocamo, tres del sector Mavaca y dos del sector Mavaquita, convirtiéndola en una investigación integral.

Esta propuesta de buscar la visión integral de esta etnia y su asociación o no con la proximidad y por ende contacto con el centro poblado La Esmeralda y la frecuencia de los contactos con los criollos y su cultura, recuerda al famoso cuento de los ciegos y el elefante, en el que un maharajá mandó a reunir a todos los ciegos del pueblo, y solicitó que los pusieran ante un elefante, pidiéndoles que trataran de identificar qué era. Unos dijeron, tras tocar la cabeza: "Un elefante se parece a un cacharro"; los que tocaron la oreja, aseguraron: "Se parece a un cesto"; los que tocaron el colmillo: "Es como una reja de arado"; los que palparon el cuerpo: "Es un granero." Y así, cada uno convencido de lo que declaraba, comenzaron a disentir enfáticamente entre ellos. Se dice que esta historia la contó Buda en respuesta a las reiteradas rencillas entre seguidores de distintas escuelas metafísicas y religiosas, agregando: "*La visión parcial entraña más desconocimiento que conocimiento*" y continuó, "*Aunque todos están parcialmente correctos, dada la limitación de sus facultades, todos están errados dada la realidad evidente*" (63).

Como lo expresa Poveda (21), *õlos seres humanos necesitamos en este momento de la historia, y más que nunca, un salto cuántico existencial, que nos impulse al cambio social y medioambiental, porque estamos terminando con*

meta, que en su indisoluble interacción podríamos decir que se trata de una destrucción equivalente, es por ello que la discusión de los resultados se iniciará desde la perspectiva de lo colectivo y exterior de Ken Wilber, ya que la intervención de conquistadores, colonos, exploradores y comerciantes en la Amazonia de Suramérica, bajo la premisa de una supuesta superioridad ética y tecnológica, materializaron con su comportamiento la mal denominada *Ley de la Selva: tierras donde el fuerte se come al más débil y donde las formas de gobierno se caracterizan por caciquismo y hasta el canibalismo* (16), paralelamente a la intervención de los gobiernos de cada país, según su territorialidad.

Esta área geográfica fue escogida debido a la prevalencia de la malaria, a pesar de los diferentes esfuerzos que han venido realizando los entes públicos de salud competentes desde hace décadas, a fin de prevenir y controlar la misma, diagnosticándose 4.638 casos por el CAICET desde el año 2002 al 2007 (43). En relación a la cobertura con servicios de salud, en las comunidades de Ocamo y Mavaca cuenta con ambulatorio con médico y auxiliar de medicina simplificada, y varias de las comunidades del resto de esos dos sectores cuentan con un pequeño dispensario con presencia de un auxiliar de medicina simplificada. En relación a Mavaquita, solo existe un dispensario en la misma y el resto de la comunidades está desatendida, como lo señala Freire, más del 40% de la población yanomami no recibe atención médica (36).

Según Wilber, las grandes religiones tienen la capacidad de ser portadoras del mayor potencial transformador que jamás haya visto la historia de la humanidad, considerándola como la Conciencia Integral aplicada al ámbito religioso (21), por lo que la presencia las misiones religiosas en el Amazonas venezolano ha sido fundamental, principalmente la Misión Salesiana del Alto Orinoco, que desde el año 1.957 permitió a los yanomami entrar en contacto con blancos que hasta esa fecha habían sido los buscadores de cedros para la industria maderera; permitiendo a los Padres Cocco y Bonvecchio, estableciéndose el primero en Ocamo y el segundo, en Platanal, expandiéndose poco a poco a otras zonas (20).

religiosas (católicas y cristianas), que en un inicio fueron integradores, constructores de carreteras y a menudo racistas, en los años 1970 fueron reemplazados por jóvenes sacerdotes mucho más abiertos a menudo formados en antropología y lingüística, y quienes hacen funcionar las escuelas, poniendo a punto un alfabeto que sirve para transcribir el yanomami, y han escrito, con colaboradores nativos, manuales que sirven para que los indígenas lean obras en su lengua, señalado por Lizót y Cocco (17,51) y observado en esta investigación, principalmente en Ocamo y Mavaca.

Continuando con la perspectiva integral de Wilber, y tomando como líneas de desarrollo del cuadrante inferior-derecho a los regímenes semióticos postulados por el filósofo Gauttari (21): como *Semióticas económicas* (instrumentos monetarios, financieros, de decisión), *Semióticas jurídicas* (legislación), *Semióticas técnico-científicas* (investigaciones, estudios) y *Semióticas de subjetivación* (arquitectura, urbanismo, equipamiento colectivo); observamos limitaciones para el abordaje de las comunidades estudiadas, como el lenguaje, la dispersión de pequeñas comunidades en áreas muy extensas (8, 10), dificultades de transporte fluvial, alto costo de la gasolina; y la comercialización que desde la década de los años 50, han venido desarrollando las comunidades más cercanas a centros poblados criollos, señalada por Lizót (17), principalmente en las comunidades pertenecientes al sector Ocamo y con menor frecuencia en las del Sector Mavaca, donde aún se observa aisladamente el trueque. Las dos comunidades pertenecientes al sector Mavaquita están muy aisladas de la civilización, observándose solo el trueque como forma de comercialización.

Dentro del contexto jurídico-político actual del país, los indígenas venezolanos cuentan actualmente con la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas, decretada en el año 2006, además de poseer representación ante la Asamblea Nacional por escogencia popular de candidatos indígenas de los estados donde existen etnias indígenas en la actualidad; y la creación del Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, creado hace tres años (64). Este nuevo marco jurídico y oportunidad de participación en la Asamblea Nacional del país, fortalece al pueblo indígena, quienes con mayor solidez pueden actuar ante

que sus derechos siempre han estado consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

A pesar de contar con un marco jurídico que consolida sus derechos como venezolano, estas comunidades han sido blanco de intervenciones políticas para asegurar la participación de los indígenas en los procesos electorales que se han venido sucediendo en los últimos años, lo cual lejos de ser visto como un derecho y deber ciudadano, los expone a una mayor transculturización, ya que, por ejemplo, quienes han venido ejerciendo los cargos de Auxiliares de Medicina Simplificadas, yanomami formados por Malariología del antiguo Ministerio de Salud, están siendo reemplazados por Promotores Comunales con una formación en socialismo, comunismo, revolución cubana; además de la formación en los principales aspectos de salud por médicos cubanos en lugar de los especialistas venezolanos. Estos jóvenes yanomami están desarrollando un rol de liderazgo dentro de las comunidades, principalmente las más cercanas a La Esmeralda; ya que consiguen productos manufacturados y bienes para la comunidad, lo cual sería interesante evaluar en las próximas décadas. Igualmente, estas comunidades y sus promotores comunales han recibido televisores plasma de gran formato, DVD, planta eléctrica y películas DVD acerca de la revolución cubana y de los mítines políticos presidenciales, que obligada y diariamente son vistos entre las 5 y 8 pm en las comunidades de Ocamo y Mavaca, descrito como semiótica de subjetivación como línea de desarrollo del cuadrante inferior-derecho (21).

Esto ha traído paralelamente, que los yanomami adquieran videos de conjuntos musicales, principalmente ballenatos colombianos, los cuales son vistos y escuchados atentamente, luego de los videos antes señalados; por lo que al proceso de transculturización observado y señalado por Lizót y Cocco desde los años 1950 (17, 51), tiene otro elemento político desde hace seis años aproximadamente, como parte del proceso revolucionario que vive Venezuela. Estas observaciones del uso de tecnología, ha sido descrita como crucial por Wilber, como factor decisivo en el cuadrante colectivo-externo, ya que cada cambio a nivel de ese cuadrante viene acompañado de una nueva òmodalidad

ónö, que este caso sería más informacional que agraria o industrial (21).

Esta formación de los promotores comunales expone a los yanomami a adquirir otras enfermedades, ya que los promotores viajan frecuentemente a Puerto Ayacucho, capital del estado Amazonas y a veces, hasta Caracas, capital de Venezuela, lo cual fue observado en las comunidades de Ocamo principalmente, donde paralelamente a esta investigación se tomaron muestras de citología de cuello uterino con diagnóstico de infección por el virus del Papiloma Humano (65). Esta situación de exposición a nuevos agentes infecciosos ya ha sido descrito por otros autores (17, 46).

Estos individuos habitan en los *shapono*, choza de forma cónica con techos de hojas de palma de hasta 6 mts de altura, con un tamaño entre 20 a 50 metros dependiendo de la cantidad de familias que habitan, y donde la zona central se utiliza para rituales, fiestas y juegos, descrita por diferentes autores (20, 51). Paralelamente, se observó, en las comunidades capitales de los sectores Ocamo y Mavaca existen viviendas construidas en forma cónica con paredes de bloque y techo de acerolic, construidas por el gobierno nacional y donde solo puede habitar una familia por su reducido espacio. Es en estas pocas viviendas, donde son ubicados los equipos audiovisuales antes señalados.

Desde el punto de vista del cuadrante individual-exterior, todo lo que acontece en la existencia es captado y experimentado por el ser humano desde sus propias contextualización y percepción, es por ello que se hace necesario el abordaje integral a fin de acercarnos a una vivencia más compleja y realista; por lo que a la luz de la experiencia de filósofos, psicólogos, psiquiatras, quienes se han dedicado al estudio de la conciencia, han demostrado que es difícil estudiarla objetivamente y la descripción siempre la dará el propio sujeto que la experimenta (21). En esta investigación se formuló una encuesta epidemiológica con la finalidad de obtener un conocimiento lo más cercano a la realidad, que el yanomami posee acerca de la malaria. Reflexivos de nuestras limitaciones, de la población censada constituida por 452 individuos, la muestra de los encuestados fue de 257 individuos (33 % de la población total de las comunidades en estudio),

de comunidades: Ocamo, Mavaca y Mavaquita, tomando como referencia la concepción de estratos micro-epidemiológicos asociados a movilización de poblaciones, fundamentalmente sobre un eje de interés económico (minería, agricultura, etc.), señalados por Aché (24).

El 55% de los encuestados pertenece al género femenino y 45% al masculino, cifra que se corresponde con el último censo de Población y Vivienda de Venezuela (2001) donde el 51% corresponden a las mujeres y el 49% a los hombres. En relación a la edad, el grupo correspondiente entre los 16 y 44 años prevaleció en esta investigación (55,8%), aproximado al de la población venezolana con 62% entre 15 y 64 años de edad. Es de hacer notar que de los 23.054.210 venezolanos, 12.234 son de la etnia Yanomami, quienes habitan entre los estados Bolívar y Amazonas (66).

El 100% de los individuos encuestados de las comunidades pertenecientes a los sectores de Ocamo y Mavaca, reconocen la transmisión de la Malaria a través de la picadura de mosquitos, el uso de mosquiteros como medida de prevención y aprueban la administración de medicamentos antimaláricos del Ministerio de Salud, como ha sido señalado por Ramos (67), reconociéndola como una enfermedad o *shawara* (17, 46).

El cuadrante Nosotros (inferior-izquierdo) es de naturaleza plural, se genera por la sinergia de todos, ya que no se reduce a un conjunto de *yoes*; donde la historia del nosotros ayuda a determinar las experiencias, valores y significados compartidos, por lo que Wilber señala que este cuadrante solo puede ser comprendido e interpretado correctamente a la luz de sus antecesores, siendo la esencia del karma cósmico, del pasado sobre el presente (21).

Los yanomami tiene una visión de la enfermedad y la muerte muy distinta a la cultura occidental, denominando enfermedades naturales o *shawara*, porque se conoce el origen de la misma, señalada en otras investigaciones (20, 46, 51), el 100% de los encuestados consideró a la Malaria como una *shawara*, expresando el 100% de los encuestados en las comunidades de los sectores Ocamo y Mavaca que debe ser tratada por el médico y el chamán paralelamente, mientras que las

la poblaciones criollas (sector Mavaquita), el 81% expresó que solo debe ser tratada por el chamán y el 18% conjuntamente por médicos y chamanes. Consideramos que las diferencias existentes en los Sectores Ocamo y Mavaca en relación a Mavaquita, está íntimamente relacionado con la existencia o no de ambulatorios.

Como ha sido señalado por diversos autores (20, 36, 37, 51), los Yanomami no invocan a un solo Dios, teniendo como religión principal la chamanería seguida del cristianismo, además de rituales, una mitología, una cosmología y una escatología; creen en la vida del alma más allá de la muerte y en una multitud de seres sobrenaturales, buenos o malos, elaborando una teoría sobre las enfermedades y la muerte; además de rituales que constituyen ilustradas construcciones simbólicas. Lo cual fue observado en la presente investigación, por haber tenido la oportunidad de asistir al ritual por un niño fallecido, donde se evidenció que no se debe mencionar más el nombre del mismo, luego de su muerte como es señalado por Finkers (20).

En la observación realizada en las comunidades del Sector Mavaquita, se observó como éstas son más cerradas ante la llegada de criollos, y el denominado *nexo*, descrito por Wilber, como el espacio de los acontecimientos interindividuales, donde la individualidad siempre es individualidad en comunión (21), está presente, sobretodo con una visión colectiva del cosmos.

Este cosmos yanomami está formado por cuatro capas que yacen horizontalmente y relativamente cerca una de la otra. Las capas se comparan a un *plato*, ligeramente curvo, redondeado, delgado, rígido y con una superficie inferior. En estas regiones suceden hechos misteriosos y están habitadas por espíritus:

- La capa superior se llama **DUKU KÄ MISI** en ella han ocurrido muchas cosas que han *caído* a la capa inferior y no tiene un papel muy importante en la vida de los yanomami.

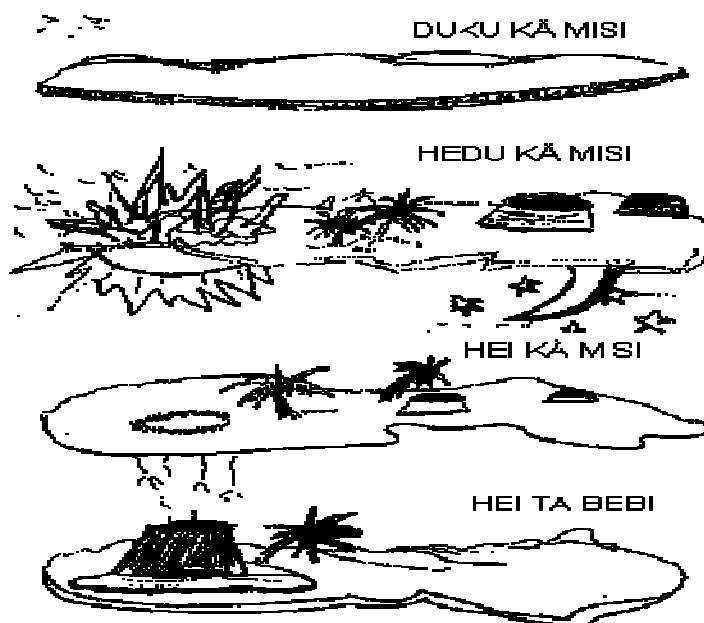


llamada **HEDU KÄ MISI** es parecida a la Tierra y su capa superior es invisible, tiene árboles, cultivos, aldeas, animales y plantas y en ella viven las almas de los difuntos bondadosos (20, 68). Todo lo que existe en la tierra existe también en este nivel, y la superficie inferior de esta capa es el cielo que ve el yanomami.

- El yanomami vive en la capa que se llama **HEI KÄ MISI**, nivel que se creó cuando un pedazo de *hedu kä misi* se rompió y cayó.
- Finalmente está la capa inferior llamada **HEI TÄ BEBI**, zona casi estéril en la que vive una variante de yanomami; caníbales despiadados que capturan las almas de los niños y se los comen, y a dónde van los difuntos no bondadosos (20, 68).

Figura 20

visión del Pueblo Yanomami de la Vida



Fuente: Perera, M. **El Cosmos Yanomami**. *Anales del Museo de América II*. 1996.
 Disponible: <http://platea.pntic.mec.es/~jalvar4/yano/creencias.htm>

Esta visión de la vida y la muerte descrita por los yanomami en las comunidades visitadas, concuerda con la descrita por Freire, Cocco y Lizot (36, 45, 51). De 30 a 200 personas habitan en un shapono, distribuidos en familias, cada familia (hombre, mujer(es) e hijos) tiene un espacio propio familiar, no existiendo separaciones artificiales donde colocan sus chinchorros de algodón (20), lo cual fue observado en las visitas realizadas. Así como también que cada padre y madre buscan los alimentos para su grupo familiar, sin embargo, si alguna otra familia no tiene alimentos, los comparten, ya que el yanomami no vive fuera de su acostumbrado ambiente, necesitando su afectividad y aceptación familiar, principalmente en Mavaquita y Mavaca.

Esta afectividad observada en nuestras visitas, ya había sido descrita, la cual ayuda a entender la importancia de valores morales y culturales fundamentales, como son el compartir, la generosidad y la importancia de participar debidamente

observar en los diferentes momentos en los que hay comida en la vivienda (36).

En los shaponos también observamos, principalmente en los sectores Mavaca y Mavaquita, que éstos constituyen el espacio para las relaciones políticas de los yanomami, ya existe un grupo de ancianos que viene a ser como un grupo de consulta para discutir asuntos morales; y un jefe de grupo o linaje, quien junto al chamán comparten las responsabilidades en la toma de decisiones prácticas del día a día; estos últimos son generalmente hombres con edades comprendidas entre 35 y 50 años, como ha sido descrito en otras investigaciones (36, 20). En Ocamo, los recién incorporados promotores comunales, están formando parte de algunas decisiones prácticas por sus relaciones políticas con los gobiernos municipal (La Esmeralda) y regional (Puerto Ayacucho), de la cual no se encontraron referencias de otras investigaciones.

El estudio de los *nosotros* es el estudio de la cultura, no es solo un intercambio exterior de signos y palabras en un intento de compartir realidades y experiencias interiores, ya que es cambiante y así, al irse relajando el Yo en la profundidades infinitas de su propia conciencia primordial, expande una especie de círculo para ir incorporando más y más Nosotros, quienes reconocen a la primera persona irradiando (21). Es por ello que al estudiar el cuadrante individual-interior en relación a la malaria, sólo nos fue autorizada realizar la entrevista a los siete jefes de grupo y 7 chamanes de los tres sectores comunitarios estudiados.

El *yo* que se refiere a la subjetividad interior, es la conciencia del propio observador, hablando jefes de grupo o linaje y chamanes de la malaria desde sí mismo. El 100% de los entrevistados en los tres sectores considera la malaria una enfermedad o *shawara*, considerando los chamanes y jefes de grupo entrevistados en Ocamo y Mavaca que estos pacientes deben ser tratados por los médicos y utilizando los medicamentos antimaláricos conjuntamente con el chamán. Igualmente estos individuos entrevistados comparten la información que la malaria se transmite por picada de mosquito por lo que el uso del mosquitero es vital, principalmente para dormir, al igual que lo apuntan otros investigadores (17,

jefe de grupo y un chamán de la comunidad más alejada del Sector Mavaquita consideraron que, a pesar de tratarse de una enfermedad, debía ser tratada solo por el chamán y recibir sus medicinas naturales, ya que el médico no los visita.

Todos expresaron, al igual que en otras publicaciones (17, 37, 51) que el chamán vigilará que el *noreshi*, alma, sombra del enfermo, para que no se aleje del mismo y sane, además de proteger a la comunidad para que no enfermen otros; así mismo, la intervención de espíritus malos enviados por otros chamanes están relacionados con la evolución de la enfermedad.

En relación a la quema del shapono y el traslado a otra área por una epidemia que produjo varias muertes, los chamanes y jefes de grupo de Ocamo expresaron que no lo harían, ya que sus viviendas están siendo poco a poco sustituidas por viviendas de paredes de bloque y techo de acerolic, mientras que solo el chamán y el jefe de grupo de la comunidad más alejada del sector Mavaca (33%) lo aprobaban y en las dos comunidades pertenecientes a Mavaquita, lo practican, como una medida del chamán para salvaguardar a las familias que habitan en ese shapono.

En la entrevista apoyaron la información dada por los encuestados en relación a su religión, considerando a la chamanería y, a la católica por el trabajo que han venido realizando las misiones salesianas en el área del Alto Orinoco, lo que también ha sido considerado por Wilber como religión externa o exotérica, la católica y como religión interna o esotérica, a la chamanería, las cuales prescinden de todo tipo de dogma y consideran que la verdad, es una cuestión de experiencia interna

Este intento de abordaje de las comunidades bajo la Visión Integral de Ken Wilber, cuya obra ha evolucionado desde sus inicios, francamente romántica, hasta su última formulación manifiestamente integral (abarca dimensiones intencionales, conductuales, sociales y culturales), se vio limitado por el poco tiempo de permanencia en las comunidades en estudio, ya que para lograr tener una visión objetiva de los acontecimientos de los cuadrantes exterior-colectivo,

e a lo interior-colectivo e interior-individual, es indispensable el contacto permanente y por tiempo prolongado con la etnia Yanomamií

Un juego Yanomami para empezar una vida nueva: Algunas veces cuando los yanomami han pasado un tiempo muy difícil como enfermedades, muertes, ataques de enemigos, fuertes sequías, hambrunas, hacen una gran fiesta en su shapono para olvidar los malos tiempos. La fiesta termina cuando grandes y pequeños, muchachos y muchachas, tratan de ensuciarse entre sí con su orina u otra suciedad. El baile termina con provocaciones sexuales por muy corto tiempo. Inmediatamente corren al río y todos los presentes se bañan. Con este juego y el baño botan de sí todas las calamidades que han pasado en los últimos tiempos. Después de esta fiesta su vida vuelve a empezar de nuevo y todo vuelve a la normalidad.

Padre Juan Finkers

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos y a los objetivos planteados en esta investigación de campo, realizada en los Sectores Ocamo, Mavaca y Mavaquita del Municipio Alto Orinoco del estado Amazonas, Venezuela; se puede concluir:

- ❖ En cuanto al primer objetivo referente a las características epidemiológicas de las comunidades en estudio:
 - Edad entre 19 y 44 años de edad.
 - Predominio del sexo femenino y el tipo de vivienda fue el shapono en las comunidades ubicadas en el sector Mavaquita y una comunidad del sector Mavaca.
 - En las comunidades pertenecientes a los Sectores Ocamo y Mavaca, y una del Sector Mavaquita reconocen a la Malaria como una enfermedad transmitida por mosquito y que se previene con la utilización del mosquitero, mientras que la comunidad más alejada de Mavaquita no.
 - El tratamiento antimalárico es aceptado por todos los individuos encuestados en las comunidades de los Sectores Ocamo y Mavaca.
- ❖ En relación a los conocimientos que tienen los Chamanes y Jefes de Grupo acerca de la malaria:
 - Los chamanes y jefes de grupo encuestados consideran a la Malaria una enfermedad o *shawara*.
 - Los jefes de grupo y chamanes de las comunidades ubicadas en los Sectores Ocamo y Mavaca, y los de una comunidad, de las 2 del Sector Mavaquita expresaron que la Malaria se transmite por picadura de

io el uso de mosquiteros para su prevención, así como la aceptación del tratamiento antimalárico.

- Los chamanes y jefes de grupo de las comunidades ubicadas en los Sectores Ocamo y Mavaca, y los de una comunidad, de las 2 del Sector Mavaquita expresaron que el médico conjuntamente con el chamán deben intervenir en la atención del paciente con Malaria. En la comunidad ubicada geográficamente mas alejada de Mavaquita expresaron que debe intervenir solo el chamán.
- ❖ En cuanto a la percepción de la Malaria de los Jefes de Grupo y Chamanes en su mundo mágico:
 - Los chamanes y jefes de grupo entrevistados en las comunidades de los tres sectores en estudio consideran que los espíritus intervienen en la evolución de la Malaria, especialmente en los pacientes que empeoran o mueren.
 - Los jefes de grupo y chamanes opinan que por tratarse de una enfermedad se debe atender al *noreshi* o cuerpo inmaterial del enfermo para que cure, así como la realización de rituales para proteger al resto de los yanomami.
 - Los chamanes y jefes de grupo de las dos comunidades ubicadas en el Sector Mavaquita expresaron que deben ser quemados los shaponos ante la presencia de epidemias, al igual que ambos representantes de una de las tres comunidades del Sector Mavaquita.
- ❖ Por último, en relación a la visión actual de los Yanomami acerca de la Malaria, su transmisión y prevención; estudiada a través del Enfoque Holónico de Ken Wilber, varía dependiendo de su relación con los centros poblados.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Organización Mundial de la Salud. Washington DC. 2008. Datos y Estadísticas.
2. Organización Mundial de la Salud. Washington DC. 2003. Paludismo sigue activo en África. <http://www.who.int/>
3. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. UNICEF, New York-USA. 2005. <http://www.rollbackmalaria.org/>
4. Organización Mundial de la Salud. Washington DC. 2009. La Mortalidad por Paludismo disminuye en 66% en Zambia. <http://www.who.int/>
5. Oficina Panamericana de Salud. Día del Paludismo en las Américas: 6 noviembre 2008. <http://www.paho.org/>
6. Oficina Panamericana de Salud. Capítulo 2. Las condiciones de salud y sus tendencias. Salud en la Región de las Américas. <http://www.paho.org/>
7. Oficina Panamericana de Salud. RAVREDA-AMI: Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos / Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía. <http://www.paho.org/>
8. Oficina Panamericana de Salud. 2006. Health of the Indigenous Peoples of the Americas. <http://www.paho.org/>
9. Oficina Panamericana de Salud. 2000. Informe de la situación de los Programas Regionales de Malaria en las Américas: Venezuela. <http://www.paho.org/>
10. Venezuela, Instituto Nacional de Estadísticas. <http://www.ine.gob.ve>.
11. Venezuela, Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales ÑSimón Bolívar. <http://www.innova.org.ve:8000/>.
12. Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (Fonacit). 2009. Nuevo esquema de tratamiento antimalárico en Amazonas Venezolano. <http://www.fonacit.gov.ve/>
13. Riffa, Héctor. Metodología Observacional aplicada a los pueblos indígenas del país asiático. *Psychological Methods*. Vol 14: 3. 2009

- el Doctorado Patología Existencial. Universidad Autónoma de Madrid/Universidad de Carabobo.
15. Wilber, K. Una Teoría de Todo. 2007. 3ra ed. Editorial Kairós, S.A.
 16. Perera, M.A. Una palabra y dos sentencias en un mundo indiviso. Universidad Central de Venezuela. Anales del Museo de América II. Págs. 155-162. www.dialnet.uniroja.es/servlet/fichero_articulo/yanomami_uvcv.pdf
 17. Lizót, J. Los Yanomami ante su destino. Revista *Salus*. Vol. 3 (2), 1999. Universidad de Carabobo. Venezuela.
 18. Poveda, J.M. Chamanismo: el arte natural de curar. 4ta Edición. Ediciones Temas de Hoy, s.a. España.
 19. MPPS. Reporte Epidemiológico Semanal, semana 21, 2010, MPPS ó Venezuela.
 20. Finkers, J. Los Yanomami de Pahana Ke U. A.C. Talleres Escuela Técnica Don Bosco. 1era Edición. 2007. Venezuela.
 21. Poveda, José *et al.* Evolución Integral: Visiones sobre la realidad desde el paradigma emergente. Editorial Kairós. Barcelona-España. 2009.
 22. WHO. World malaria situation in 1992, part I. Weekly Epidemiol Rec 1994; 42: 309-14.
 23. WHO. Situación Epidemiológica Internacional. Vigilancia en Salud. Semana 19.
 24. Aché, A. Situación actual de la Malaria en Venezuela. Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental. 1998, 38 (1): 68-72
 25. OPS. La Salud en las Américas. Enfermedades y daños a la salud. Publicación científica. 1998, No. 569. Vol. I: 106-16
 26. Consenso Malaria. Sociedad Venezolana de Infectología. Puerto Ordaz, Octubre, 2009. <http://www.svinfectologia.org/>
 27. Buj Buj, A. De los miasmas a *malaria*. Permanencias e innovación en la lucha contra el paludismo. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona [ISSN 1138-9788] N° 69 (42), 1 de agosto de 2000

- the malaria control model in the Department of Antioquia: a case study. *Rev. salud pública*, out. 2004, vol.6 supl.1, p.64-79. ISSN 0124-0064
29. Yadav SP, Kalundha RK, Sharma RC Sociocultural factors and malaria in the desert part of Rajasthan, India. *J Vector Borne Dis.* 2007 Sep;44(3):205-12.
 30. Aramburú G, Ramal A, Witzig R. Malaria reemergence in the Peruvian Amazon region. *Emerg Infect Dis. Rev Panam de Salud Pública* [revista on-line] 1999.
 31. Said J, González L. La vivienda como factor de riesgo en la transmisión de la malaria en niños y niñas de 5 ó 14 años, Municipio de Trujillo, Honduras. *Rev Panam de Salud Pública.*
 32. Noya O, Zerpa N, Alarcón B. Malaria en América [on-line]. Venezuela: CAIBCO. <http://caibco.ucv.ve/CAIBCO/>
 33. Bouma, M.J., Dye, C, Van Der Kaay. Falciparum malaria and climate change in the northwest frontier province of Pakistan. *Am. J. Trop. Hyg,* 55(2), 1996, pp.131-137.
 34. Izaskun P, Delgado L. Malaria en Venezuela: estabilización de focos maláricos y control de la enfermedad. *Revista de la Facultad de Ingeniería de la U.C.V.* [revista on-line] 2005. 19(3) pp.21 ó 29]. www.revele.com.ve/
 35. Guevara M, Hernández N. Malaria En población indígena del Municipio Sifontes, Estado Bolívar, 2004-2005. *Boletín Venezolano de Infectología.* [revista en línea] 2006. 17(2). www.svinfectologia.org/
 36. Freire, G.N., Tillet, A. Lizot, J. y el mundo Intelectual de los Yanomami. *Salud Indígena de Venezuela.* Vol. 1. 2007. www.books.google.co.ve/books/
 37. Kelly, J.A., Carreras, J. Yanomami: Relaciones con la biomedicina. *Salud Indígena de Venezuela.* Vol. 1. 2007. www.books.google.co.ve/books/
 38. OMS CD43/INF/1 (Esp.). Informe de la situación de los Programas Regionales de Malaria en las Américas: 19 septiembre 2001

- id y Servicios Humanos: Centro de Control y
Prevención de enfermedades [on line]. 2004. [acceso 4 de junio de 2007].
Disponible en: <http://www.cdc.gov/malaria/>
40. WHO. Breve nota de introducción al *Informe sobre el Paludismo en el Mundo 2005* preparado por la OMS y UNICEF
 41. OTCA (Organizacao do Tratado de Coperacao Amazónico). 2009. ARMADO LIBRO OTCA ESPA PORT MIGG 29/1/09 10:16 Page 40. <http://www.caf.com/attach/17/default/default/Armado libro pdf>
 42. Rivero, Dalita; Vidal, Silvia y Bazó, Manuel. Enfoque de Etnias indígenas de Venezuela: Hacia un Sistema Integral de Calidad de Vida y Salud. Agosto 2002. <http://sisov.mpd.gob.ve/>
 43. CAICET. Datos epidemiológicos. Universidad Central de Venezuela Enero 2007- Mayo 2010
 44. Chagnon, N.A. Yanomamö. The Fierce People, (3ª edición), Holt, Rinehart and Winston, New York, 1983. Yanomami. <http://www.orinoco.org/>
 45. Lizot, J. *El círculo de los fuegos: vida y costumbres de los indios yanomami* (trad.cast.), Monte Avila Editores, Caracas, 1978.
 46. Lizot, J. 2004. *Diccionario enciclopédico de la lengua Yanomami*. Caracas: Ex-Libris.
 47. Albert, B. 1985. *Temps du sang, temps de cendres: représentation de la maladie, système rituel et espace politique chez les Yanomami du sud-est (Amazonie brésilienne)*. París: Université de Paris X, tesis doctoral.
 48. Alès, C. & Chiappino, J. 1981-82. òApproche de la maladie et de la thérapie chamanique chez les Yanomami (Venezuela)ö, en *Cahiers ORSTOM* 18: 531-542.
 49. Albert, B. 1988. òLa fumée du métal: histoire et représentations du contact chez les Yanomami (Brésil)ö, en *L'homme* 106-107: 87-119.
 50. Wilbert, J. & Simoneau, K. (eds.). 1990. *Folk literature of the Yanomami Indians* (UCLA Latin American Studies 73). Los Angeles: Latin American Center Publications University of California.
 51. Cocco, L. *Iyeweitheri*, 15 años con los Yanomami. Ed. Escuela Técnica Popular Don Bosco. 1977. Caracas ó Venezuela.

- of the Yanomami: daily life in the Venezuelan forest
(trad.) E. Simon (Cambridge studies in social anthropology 55).
Cambridge: Cambridge University Press & Maison des Sciences de
l'Homme.
53. Lizot, J. 1988. "Los Yanomami", en *Los aborígenes de Venezuela, etnología contemporánea*, volumen III. Caracas: Fundación La Salle.
 54. Lizot, J. 1971. "Aspects économiques et sociaux du changement culturel chez les Yanomami", en *L'homme* 11: 32-67
 55. Canales, FH, De Alvarado, EV; Pineda, EB. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. (16ª reimpresión) México DF: Editorial LIMUSA. 2000.
 56. Leal G, J. La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de la Investigación (2da Edición). Valencia, Venezuela: Azul Intenso C.A. 2009
 57. Arias, F. Mitos y Errores en la Investigación de Tesis y Proyectos. Caracas: Editorial Episteme. 1999.
 58. Hernández, R, Fernández, C, Baptista, P. Fundamentos de Metodología de la Investigación. Madrid, España. Editorial Mc Graw Hill. Pp 144-145. 2007
 59. Veléz, O. Reconfigurando el trabajo social Buenos Aires: Espacio Editorial. 2003.
 60. Tonon, G. Juventud y Protagonismo Ciudadano (Comp.). Buenos Aires: Espacio Editorial. 2006.
 61. Palella, S; Martin, F. Metodología de la Investigación Cuantitativa. 2da. Edición. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Libertador. (FEDUPEL). 2006.
 62. Riffa, H. Evaluation on the local beliefs and health practices related to Malaria Prevention. Universidad de Oviedo/Organización Mundial de la Salud, Oficina para la Región del Pacífico Occidental, 2003.
 63. Quiroga, A. 2008. La mente y el cerebro. Un breve ensayo sobre psicología y psiquiatría, sobre ciegos y un elefante. <http://psicogaleón.com/cerebro.htm>.

ler Popular para los Pueblos Indígenas.

<http://mpppi.gov.ve>

65. Nicita, G; Reigosa, A; Torres, J.; Vásquez, C, Fernández, Y; alvarez, M; Núñez, N, Magris, M. Infección por virus de papiloma humano (VPH) en una población indígena del Amazonas Venezolano. Revista *Salus*. Vol 14 (1). 2010. pp. 51-59
66. Instituto Nacional de Estadística. XIII Censo de Población y Vivienda de Venezuela. 2001
67. Ramos, AR. Los Yanomami en el corazón de las tinieblas blancas. Revista *Relaciones*, año/vol. XXV, (098). México. pp. 17-47.
68. Perera, M. El Cosmos Yanomami. Anales del Museo de América II. 1996.
<http://platea.pntic.mec.es/~jalvar4/yano/creencias.htm>

**PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANEXOS



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANEXO ãAö

ÓGICA PARA EVALUAR LA VISIÓN INTEGRAL DE LA MALARIA EN COMUNIDADES YANOMAMI DEL ALTO ORINOCO, ESTADO AMAZONAS, VENEZUELA

Tomado de Riffá, H., Evaluation on the local beliefs and health practices related to Malaria Prevention. Universidad de Oviedo/organización Mundial de la Salud, Oficina para la Región del Pacífico Occidental (2003) y modificado por Loaiza, L.

Características generales de la comunidad encuestada. Realice observaciones y llene solo una por comunidad (favor marcar con una X):

Sector:	Ocamo: _____	Mavaca: _____	Mavaquita: _____
Nro. habitantes:	Encuestados:		
Idioma:	Yanomami: _____	Español: _____	Otro: _____ Especifique: _____
Composición Política:	Jefe de grupo: _____ Nombre o Apodo: _____	Chamán: _____ Nombre o Apodo: _____	Otro: _____ Especifique: _____ Nombre o Apodo: _____
Otra composición política: _____ Describa: _____			
Nro de viviendas:	Shapono: _____ Bloques y techo palma: _____	Chozas: _____ Bloques y techo acerolic: _____	Otras: _____ Especifique: _____
Servicios de salud:			
Ambulatorio Rural I	Si: _____	No: _____	
Ambulatorio Rural II	Si: _____	No: _____	
Yanomami Auxiliar Medicina Simplificada		Si: _____	No: _____
Servicios de educación:			
Escuela en comunidad:	Si: _____	No: _____	



unidad:		Si: _____	No: _____
Observación o información para agregar: _____			
Religión:			
Chamanería:	Si: _____	No: _____	
Misión evangelizadora:	Si: _____	No: _____	
	Católica: _____	Otra Cristiana: _____	Otras: _____ Especifique: _____
Política:			
Misiones políticas:	Si: _____	No: _____	Especifique: _____
Promotor Comunal:	Si: _____	No: _____	
Relaciones comerciales:			
Trueque: _____	Bolívar: _____	Otra: _____	Especifique: _____
Servicios públicos:			
Agua de consumo humano	Tubería: _____	Tanque: _____	Pozo subterráneo: _____
	Río: _____	Laguna: _____	
Servicio de electricidad:	Si: _____ No: _____	Planta eléctrica general: _____	Planta eléctrica particular: _____
Servicio de desechos:	Si: _____ No: _____	Queman: _____ Entierran: _____	Botan al río: _____
Aguas negras:	Si: _____ No: _____	A cielo abierto: _____ Otra: _____	Especifique: _____
Algún otro servicio presente en la comunidad: Especifique: _____			
Otras informaciones de relevancia: Nro. de familias por shapono: _____			
Otras viviendas? Y cuántos por esas viviendas: _____			
Todos duermen en chinchorro: _____			
Todos tienen mosquitero: _____			
Todos los que tienen mosquitero, lo usan?: _____			
Transporte: _____			
Tipo de acceso a la comunidad: _____			



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANEXO ðBö

ÓGICA PARA EVALUAR LA VISIÓN

INTEGRAL DE LA MALARIA EN COMUNIDADES YANOMAMI DEL ALTO ORINOCO, ESTADO AMAZONAS, VENEZUELA

Tomado de Riffá, H., Evaluation on the local beliefs and health practices related to Malaria Prevention. Universidad de Oviedo/organización Mundial de la Salud, Oficina para la Región del Pacífico Occidental (2003) y modificado por Loaiza, L.

Características individuales. Aplicable a yanomami mayor de 19 años de edad (favor marcar con una ☐):

Sector: _____ Comunidad: _____ Fecha: _____			
Nombre del encuestador: _____			
Código del sujeto encuestado: _____			
Género:	Masculino: _____	Femenino: _____	
Edad (años): Adulto joven: 19-44 Adulto mayor: 45-65 Anciano: más de 66	Edad: _____	Adulto joven: 19-44 _____ Adulto mayor: 45-65 _____ Anciano: más de 66 _____	
Estado civil:	Monogamia: _____	Poligamia: _____	
Conoces la Malaria:	Si: _____ No: _____	Algún relato: _____ _____	
Malaria es una enfermedad (shawara)?:	Si: _____ No: _____	Algún relato: _____ _____	
Conoces alguna enfermedad que se transmite por picada de mosquito?:	Si: _____ No: _____	Relaciona mosquito con Malaria?: Si: _____ No: _____	
Sabes cómo prevenir la Malaria?:	Si: _____ No: _____	Cómo previenes Malaria? _____ _____	
Usar mosquitero tiene que ver con Malaria?	Si: _____ No: _____	Noreshi tiene relación con Malaria?	Si: _____ No: _____



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANEXO ðCö

ENES Y JEFES DE GRUPO PARA EVALUAR

LA VISIÓN INTEGRAL DE LA MALARIA EN COMUNIDADES YANOMAMI DEL ALTO ORINOCO, ESTADO AMAZONAS, VENEZUELA

Tomado de Riffá, H., Evaluation on the local beliefs and health practices related to Malaria Prevention. Universidad de Oviedo/organización Mundial de la Salud, Oficina para la Región del Pacífico Occidental (2003) y modificado por Loaiza, L.

Sector: _____ Comunidad: _____ Fecha: _____		
Nombre del encuestador: _____		
Código del sujeto encuestado: _____		
Jefe de grupo: _____	Chamán: _____	Otro: _____ Especifique: _____
Conoces la Malaria:	Relato: _____ _____	
Malaria es una enfermedad (shawara)?:	Relato: _____ _____	
Conoces alguna enfermedad que se transmite por picada de mosquito?:	Relato: _____ _____	
Relaciona mosquito con Malaria?:	Relato: _____ _____	
Sabes cómo prevenir la Malaria?:	Relato: _____ _____	
Cómo previenes Malaria?	Relato: _____ _____	
Usar mosquitero	Relato: _____	



con Malaria?	
Malaria es tratada por quién?	Relato:
Qué medicinas utilizan para tratamiento de Malaria?:	Relato:
Quién facilita tratamiento antimalárico?:	Relato:
Los espíritus tienen que ver con la Malaria?	Relato:
El noreshi tiene que ver con la Malaria?	Relato:
Otros relatos durante la entrevista (detallar): Visión de la vida, visión de salud/enfermedad, del mundo yanomami, relatos de relaciones con ñotrosö	
Otras observaciones:	